

Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**INDAGINE SULL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA
PRE-DIMISSIONE AL PAZIENTE CON
SINDROME CORONARICA ACUTA**

Relatore: Dott.ssa Erica Girotto

Correlatore: Dott.ssa Veronica Brunelli

Laureanda: Castiglione Valentina

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

Abstract

Capitolo 1. INTRODUZIONE

1.1 Background	pag. 1
1.2 Finalità della tesi	pag. 2
1.3 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro	pag. 2
1.4 Descrizione progetto <i>Transition of Care</i>	pag. 3

Capitolo 2. QUADRO TEORICO

2.1 Contesto di riferimento	pag. 5
2.2 Rilevanza del problema per la professione	pag. 6

Capitolo 3. SCOPO DELLO STUDIO

3.1 Quesito e domande di ricerca	pag. 9
3.2 Scopo dello studio	pag. 10
3.3 Rassegna critica della letteratura disponibile	pag. 10

Capitolo 4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio, campionamento e setting	pag. 15
4.2 Strumento di misura e attività di raccolta dati	pag. 15
4.3 Analisi dei dati	pag. 16

Capitolo 5. RISULTATI

5.1 Descrizione del campione	pag. 17
5.2 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi	pag. 17

Capitolo 6. DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

6.1 Discussione	pag. 31
6.2 Limiti dello studio	pag. 32
6.3 Raccomandazioni ed implicazioni per la pratica	pag. 32

Bibliografia

Allegati

ABSTRACT

Introduzione: I pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta (SCA) hanno un elevato rischio di malattia cardiaca recidivante, la cui incidenza può essere ridotta attraverso un'efficace programma di prevenzione secondaria che miri ad educare il paziente, soprattutto per quanto riguarda i fattori di rischio modificabili. L'infermiere che entra in contatto col paziente affetto da SCA sin dal suo ricovero, rappresenta per lui un'importante figura di riferimento, in grado di fornirgli grande beneficio e di educarlo su come abbassare il rischio di una possibile recidiva, indicandogli inoltre gli stili di vita più sani da adottare una volta dimesso. Gli infermieri necessitano dunque di essere formati al fine di diventare educatori sanitari qualificati e far sì che l'educazione alla salute diventi una delle più importanti pratiche quotidiane di cura¹³. Per migliorare la qualità delle cure, oltre all'incremento delle conoscenze dei pazienti, bisogna aspirare ad una modifica dei comportamenti professionali.

Obiettivo: Obiettivo primario del nostro studio è stato quello di indagare le conoscenze che il paziente possedeva in merito alla sua malattia, ai fattori che ne hanno favorito l'insorgenza e alle variazioni degli stili di vita volti a prevenire una recidiva. Obiettivo secondario è stato indagare il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'educazione terapeutica, identificando gli interventi specifici che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione del paziente affetto da SCA.

Materiali e metodi: Per indagare le conoscenze dei pazienti in merito alla SCA si è somministrato un questionario nel mese di Febbraio, prima che iniziasse il progetto *Transition of Care* (TOC), implementato nell'UOC di Cardiologia-UTIC dell'ULSS 18 di Rovigo. Tale progetto valorizza il ruolo chiave dell'infermiere nella transizione tra le cure ospedaliere e le post-acuzie nei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta.

Attraverso un ulteriore questionario gli infermieri coinvolti nel progetto hanno risposto ad alcuni quesiti sulle finalità e i benefici del progetto e sulla loro percezione riguardo l'educazione terapeutica del paziente in questione.

Risultati e discussione: Sono stati cinquanta i pazienti che hanno partecipato all'indagine e la loro conoscenza in merito al motivo del ricovero è apparsa carente, infatti soltanto undici hanno risposto al quesito correttamente. In riferimento ai quesiti indagati, la maggioranza dei pazienti ha risposto in modo esatto, tuttavia altri hanno dato risposte errate, mostrando una scarsa consapevolezza di quanto l'adozione di stili di vita corretti possa giovare alla loro

salute. Per ciò che concerne gli infermieri è emerso che hanno trovato utile partecipare al progetto TOC, sottolineando come diverse variabili interferiscano nel momento educativo.

Conclusioni: I risultati ottenuti pongono in evidenza l'importanza che riveste l'educazione al paziente con SCA; gli infermieri devono pertanto dedicare ad essa più tempo, fornendo al paziente le informazioni e le conoscenze adeguate che, una volta dimesso, gli permettano di ricominciare a gestire correttamente la propria quotidianità.

CAPITOLO 1. INTRODUZIONE

1.1 Background

Le malattie cardiovascolari (MC) sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Si stima che 17,5 milioni di persone sono morte di MC nel 2012, rappresentando il 31% di tutti i decessi a livello mondiale. Di queste morti, 7,4 milioni dovute a malattia coronarica e 6,7 milioni a ictus¹.

In particolare in Italia la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat)².

Gli studi epidemiologici degli ultimi anni hanno dimostrato la reversibilità del rischio, cioè la possibilità di ridurre o di ritardare la comparsa degli eventi cardiovascolari adottando misure di prevenzione primaria rivolta al potenziamento di fattori utili alla salute ed alla eliminazione dei fattori di rischio delle malattie nei soggetti sani ad alto rischio di sviluppare malattia coronarica o altre malattie aterosclerotiche maggiori, e interventi di prevenzione secondaria rivolta ai pazienti con malattia coronarica o con altra malattia aterosclerotica con lo scopo di ridurre la progressione della malattia e il rischio di un ulteriore evento ischemico non fatale e la morte coronarica.

Tuttavia studi condotti a livello internazionale e confermati da esperienze locali hanno dimostrato come, dopo un episodio cardiovascolare acuto, la prescrizione di uno stile di vita corretto e di raccomandazioni, volte al controllo dei fattori di rischio, non viene fatta sistematicamente e che programmi strutturati di riabilitazione cardiovascolare in realtà sono largamente sottoutilizzati nella prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto.

Dall'analisi della letteratura è emersa una carenza riguardo la conoscenza sulla patologia e sugli accorgimenti, che le persone affette da sindrome coronarica acuta (SCA) dovrebbero avere una volta dimessi dall'ospedale⁷⁻⁸. Sulla base di tali evidenze, l'ULSS18 di Rovigo ha intrapreso l'iniziativa di un progetto formativo di *Counseling* Infermieristico, finalizzato all'aderenza terapeutica del paziente con SCA e supportato dalla presenza di un *Clinical Nurse Educator*, Veronica Brunelli, specializzato in ambito cardiovascolare con esperienza di tecniche comunicative. Tale progetto, denominato TOC (*Transition of care*), vuole far acquisire agli infermieri conoscenze e competenze educative e relazionali che consentano di

promuovere interventi educativi, volti alla sensibilizzazione del paziente e del *caregiver*. Obiettivo del progetto è veicolare, attraverso le specifiche competenze tecniche e relazionali proprie del professionista infermiere, un piano di educazione del paziente per l'ottimizzazione dei piani di cura. Uno stimolante approccio centrato sulle potenzialità degli infermieri, che diventano pro-attori e si interfacciano, anche con azioni formative mirate, sia con il paziente che con le altre figure sanitarie di riferimento.

Ciò ha suscitato la necessità di approfondire ed indagare sulle ricadute assistenziali del progetto ed è stato fonte di ispirazione per la scelta del mio argomento di tesi.

1.2 Finalità della tesi

Con questo lavoro s'intende descrivere un programma di continuità assistenziale e terapeutica mediante l'implementazione del progetto *Transition of care* rivolto agli infermieri con lo scopo di migliorare la gestione assistenziale del paziente affetto da SCA. Inoltre ci si propone di indagare le conoscenze in materia di prevenzione secondaria che tale paziente possiede alla dimissione, per verificare quali sono le tematiche da approfondire e le aree di criticità sulle quali intervenire. Considerando il ruolo che l'infermiere assume nell'ambito dell'educazione terapeutica, un altro obiettivo sarà identificare gli interventi specifici che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione.

1.3 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro

La realizzazione di questo lavoro si è avviata con una ricerca in letteratura per reperire articoli scientifici pertinenti all'argomento di interesse. In seguito agli incontri con la *Clinical Nurse Educator*, ho partecipato al progetto formativo avviatosi nell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Cardiologia, elaborando e raccogliendo i questionari che sono stati sviluppati e compilati poi dai pazienti, relativamente alle loro conoscenze possedute sulla SCA. I questionari sono stati consegnati nel periodo che precedeva la partecipazione degli infermieri al progetto TOC. I risultati ottenuti sono stati poi confrontati con le evidenze della letteratura scientifica. Inoltre, attraverso la somministrazione di un questionario agli infermieri si è indagato l'impatto del percorso intrapreso sull'approccio educativo degli infermieri nei confronti del paziente affetto da SCA.

1.4 Descrizione progetto *Transition of Care*

Transition Of Care (TOC) è un progetto internazionale, di informazione non promozionale atto a promuovere la continuità assistenziale e terapeutica dopo la dimissione del paziente affetto da Sindrome Coronarica Acuta, l'obiettivo del progetto era di migliorare il processo di dimissione dei pazienti attraverso l'informazione corretta degli operatori e lo sviluppo di strategie innovative per ottimizzare i tempi e garantire l'educazione durante il ricovero e non al momento finale della dimissione.

Il progetto si è rivolto ai membri dello staff ospedaliero coinvolti nel processo di dimissione e nello specifico nell'educazione del paziente, pertanto, per le competenze specifiche del ruolo, gli infermieri ne sono stati i protagonisti attivi.

La figura chiave per l'attuazione e lo sviluppo di TOC è stata il *Clinical Nurse Educator* (CNE) infermiere specializzato che provvede allo sviluppo delle competenze dello staff, come educatore, consulente, facilitatore, attuatore di cambiamenti, leader e ricercatore.

Il CNE stimola e forma il personale sanitario per renderlo autonomo e competente nell'approccio educativo e comunicativo con il paziente.

Nella sede di Rovigo il CNE ha integrato TOC con i bisogni formativi espressi dal Centro di Formazione creando un percorso accreditato ECM per tutto l'anno 2015.

Il progetto di formazione sul campo è stato realizzato con l'integrazione di più metodologie didattiche: incontri a piccoli gruppi per approfondire le tematiche della prevenzione secondaria, dell'educazione e approfondimento della tecnica comunicativa EBM del *teachback*; incontri vis a vis con i singoli infermieri, atti a motivarli e a comprendere al meglio l'organizzazione per facilitare l'attuazione del momento educativo durante il ricovero; lavori a piccoli gruppi per la realizzazione di un vademecum informativo EBM/EBP per gli operatori, da utilizzare come fonte di informazioni condivise; implementazione di un piano educativo strutturato per guidare gli infermieri nell'intervento educativo pre-dimissione.

Il piano educativo è uno strumento che prevede di pianificare, documentare e verificare gli interventi educativi. Il piano è composto da una pagina fronte con tre box rispettivamente per la data e reparto di ricovero, etichetta anagrafica del paziente e identificazione del *caregiver*.

Il retro è suddiviso su cinque giorni di degenza media di ricovero del paziente affetto da SCA: ogni giorno prevede che si affrontino due argomenti educativi, uno al mattino e uno al pomeriggio, ogni box riporta una breve descrizione dell'argomento da affrontare con il

paziente, la dicitura paziente e/o *caregiver*, come fruitori dell'educazione, e infine affianco alle figure si è voluto specificare con due lettere, rispettivamente I (Informato) e A (Appreso), se il paziente e/o il *caregiver* sono stati solo Informati o educati con la tecnica del *teachback*, che come scopo ha l'Apprendimento.

Attualmente il centro di Rovigo si trova nella fase di implementazione del piano educativo, con gli inizi di Novembre verranno raccolti feedback mirati sul progetto e sugli strumenti proposti, in modo da considerare l'eventuale integrazione dello strumento nella documentazione di reparto.

CAPITOLO 2. QUADRO TEORICO

2.1 Contesto di riferimento

Il contesto di riferimento è l'UOC di Cardiologia dell'ULSS 18 di Rovigo. Essa è dotata di 8 posti letto ad alta tecnologia presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) e di 24 posti letto ad alta tecnologia presso il Reparto di Cardiologia, con possibilità di telemetria a distanza e forniti delle recenti applicazioni per la gestione della cartella clinica informatizzata al letto del paziente tramite rete wireless. Presso il reparto di Cardiologia vengono effettuate le prestazioni in regime di DH e di ricovero urgente o programmato, con l'erogazione della più moderna assistenza e cura al paziente con problematiche cardiologiche in atto. La cardiologia ha come *mission* la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie cardio-vascolari, sia nelle loro presentazioni con carattere di urgenza sia nelle forme croniche³.

In riferimento alla patologia presa in considerazione, per sindrome coronarica acuta si intende l'insieme di manifestazioni cliniche imputabili generalmente alla rottura di una placca aterosclerotica a livello delle coronarie, con conseguente trombosi vascolare e riduzione del flusso sanguigno al miocardio. Le coronarie sono vasi specializzati che nascono dall'aorta e decorrono sulla superficie esterna del cuore, fornendo al miocardio sangue ricco di ossigeno. L'entità dell'occlusione determina la gravità della SCA, classificata secondo criteri clinici, elettrocardiografici e *markers* cardiaci ematologici, in tre manifestazioni cliniche, diverse come prognosi e approccio terapeutico:

1. **Infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST:** si tratta dell'infarto più grave, dovuto all'occlusione completa e stabile del vaso coronarico. E' seguito dall'elevazione degli indici di necrosi miocardica e dalle caratteristiche alterazioni elettrocardiografiche (sopraslivellamento del tratto ST e formazione dell'onda Q).
2. **Infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST:** è l'infarto meno pericoloso, dovuto ad un'occlusione incompleta o temporanea del vaso coronarico. In questo caso il livello degli indici di necrosi miocardica è superiore alla norma ma manca il caratteristico quadro elettrocardiografico dell'infarto.
3. **Angina instabile:** in questo quadro clinico rientrano varie tipologie di angina; a riposo, ad esordio recente ed in crescendo, tutti sintomi che possono precedere

l'infarto miocardico. In questa manifestazione della sindrome coronarica acuta tutti i *markers* biochimici, in presenza o meno di variazioni nell'elettrocardiogramma, sono normali o lievemente al di sopra della norma⁴.

Secondo dati resi noti dal Dirigente medico della UOC di Cardiologia, sono stati circa 500 i casi di SCA registrati nell'ULSS 18 nell'anno 2014. L'alta incidenza del fenomeno conferma la necessità di intervenire in ambito educativo per ridurre il rischio di ulteriori eventi.

2.2 Rilevanza del problema per la professione

Questo problema è rilevante per la professione in quanto nella pratica quotidiana, l'impegno richiesto nella gestione del paziente affetto da SCA e le limitate risorse di tempo possono influenzare la delicata fase della dimissione del paziente, rischiando così di non fornirgli tutte le informazioni necessarie riguardo la terapia, gli stili di vita e la necessità di futuri controlli. L'infermiere, nello svolgimento dell'assistenza sanitaria, deve tener conto di come l'educazione terapeutica sia uno strumento che possa permettere di colmare le lacune e rispondere ai bisogni di informazione del paziente. L'attività educativa e di sostegno alla persona che deve svolgere l'infermiere trova giustificazione nell'art. 2 del Codice Deontologico, ove si evince che *“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa”*; e nell'art. 19 *“L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”*.

La mancanza di un'adeguata informazione ed educazione all'interno della struttura ospedaliera porterebbe il paziente dimesso a non avere le conoscenze necessarie, creando possibili problematiche quali: la ripresa di abitudini sbagliate, la non adesione al programma terapeutico farmacologico, il mancato controllo dei parametri cardiovascolari ed ematochimici e la non corretta gestione dell'ansia.

In merito all'ansia è emerso che è in grado di peggiorare l'esito clinico, aggravando la risposta allo stress dopo SCA, diminuendo l'aderenza al trattamento e determinando una bassa qualità della vita. Infatti i risultati attuali dimostrano la necessità di un valido approccio per migliorare l'assistenza ai pazienti post - SCA ansiosi⁵.

L'infermiere è il professionista sanitario che entra maggiormente in rapporto con il paziente, sin dal suo arrivo in reparto, assistendo i pazienti durante tutta la degenza, contribuisce attivamente ai programmi di prevenzione costituendo un anello fondamentale della continuità assistenziale.

Programmi formativi per gli infermieri possono migliorare la loro competenza e la consapevolezza circa l'importanza che l'aderenza ai programmi di cura ricopre per i pazienti. Il lavoro dell'infermiere non si focalizza solo sulla degenza, egli ha anche la responsabilità di sviluppare, quando necessario, un piano assistenziale personalizzato da proseguire poi al domicilio.

È importante strutturare un percorso di assistenza al paziente che si basi su un approccio di tipo proattivo, stimolando il paziente a diventare parte integrante del processo assistenziale. L'educazione terapeutica del paziente consente alle persone affette da patologie di gestire la propria malattia ed apporta benefici in termini di salute. Molti operatori sanitari, tuttavia, non sempre si trovano nelle condizioni migliori per poter garantire al paziente questo tipo di educazione.

Come affermato nel secondo comma dell'art. 1 del Profilo Professionale dell'infermiere (D.M. 739/94), *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”*. Sostenere che l'infermiere deve svolgere la prevenzione secondaria dell'infarto, vuole dire essenzialmente che deve occuparsi della programmazione e dell'attuazione di interventi terapeutici e riabilitativi sui fattori di rischio, con lo scopo di abbattere la probabilità di un secondo evento cardiaco e ridurre la mortalità. In linea generale si agisce sui fattori di rischio modificabili che sono: la sedentarietà (ridotta attività fisica), condizioni di sovrappeso e obesità, la dieta, il fumo, il compenso glicemico (diabete), il quadro lipidico (colesterolo e trigliceridi), la funzione ventricolare (ipertensione arteriosa). Fattori invece che non possono essere modificati sono: età, sesso, familiarità.

3. SCOPO DELLO STUDIO

3.1 Quesito e domande di ricerca

Le domande da cui questo lavoro ha avuto origine sono state le seguenti:

-Quanto l'educazione terapeutica svolta dall'infermiere al paziente affetto da Sindrome Coronarica Acuta può determinare ricadute sul livello di assistenza e sugli utenti stessi?

-I pazienti prima di essere dimessi hanno completa conoscenza sulla loro malattia e sugli accorgimenti da rispettare al proprio domicilio?

Per rispondere a queste domande sono stati consultati documenti reperiti attraverso una iniziale e breve ricerca libera sul motore Google e ricercati articoli scientifici sul tema attraverso la consultazione della banca dati PubMed.

Il PIO/PICO che si è delineato è stato il seguente:

P: pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta

I: esplorare le conoscenze del paziente prima di un percorso strutturato di dimissione

O: miglioramento delle informazioni possedute dal paziente in fase di dimissione

Le parole chiave utilizzate e combinate tra loro mediante l'utilizzo di operatori booleani sono state le seguenti:

- *acute coronary syndrome*

- *patient education*

- *disease knowledge*

- *nurse*

- *secondary cardiovascular prevention*

Gli studi sono stati selezionati in base alla rilevanza dei titoli e degli *abstract* considerando preferibilmente lavori pubblicati da non più di 6 anni. La totalità degli articoli trovati in Pubmed sono stati in lingua inglese. Dopo aver individuato gli articoli più pertinenti alla ricerca, sono stati identificati e ricercati i full-text e le Linee Guida internazionali pubblicate sull'argomento. In totale sono stati selezionati 10 studi reperiti in full-text.

Dopo un'accurata analisi di quest'ultimi, si è potuto procedere con lo studio e l'analisi critica della letteratura reperita. E' stata eseguita inoltre una "ricerca grezza" sul motore di ricerca Google attraverso cui sono stati individuati approfondimenti sul tema relativi alla realtà italiana, ritenuti utili per una maggior comprensione dello strumento scelto.

La ricerca è stata effettuata nei motori di ricerca a disposizione ricombinando le seguenti parole chiave derivante dal quesito di ricerca esplicito nel PIO: "Acute Coronary Syndrome"[Mesh] AND "Secondary Prevention"[Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] ; "Acute Coronary Syndrome"[Mesh] AND "Education"[Mesh] AND "disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] AND "knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields] ; depression care AND anxiety AND acute coronary syndrome ; educational intervention AND patient AND syndrome coronary acute AND nurse. In allegato 1 si riporta la banca dati con le parole chiave utilizzate nella ricerca di documenti pertinenti al tema del progetto di tesi.

3.2 Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è descrivere l'implementazione del progetto TOC, a cui ho preso parte, al fine di:

- indagare le conoscenze che il paziente con SCA possiede in merito alla natura della sua malattia, ai fattori che ne hanno favorito la comparsa e alle variazioni degli stili di vita che possono favorire la prevenzione di una recidiva;
- indagare il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'educazione terapeutica identificando gli interventi specifici che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione al paziente affetto da SCA.

3.3 Rassegna critica della letteratura disponibile

Le ultime linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012)¹⁵, sostengono che oltre il 50% della riduzione della mortalità per cardiopatia ischemica è dovuta alla modificazione dei fattori di rischio e il 40% invece al miglioramento dei presidi terapeutici. Le strategie preventive rivolte alla popolazione generale e ai pazienti ad alto rischio sono complementari, in quanto un approccio limitato a questi ultimi soggetti risulterebbe meno efficace; risultano pertanto necessari programmi di educazione della popolazione.

In Gran Bretagna, il programma ASPIRE-PREVENT (*Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events*) ha mostrato che lo stile di vita dei pazienti cardiopatici continua ad essere una delle più grandi sfide, data l'alta prevalenza di fumo e obesità. Lo studio afferma che bisogna adottare un approccio globale e multidisciplinare, affrontando tutti gli aspetti dello stile di vita e dei fattori di rischio ed aumentare inoltre gli investimenti in campo di prevenzione da parte del sistema sanitario, coinvolgendo e motivando i cardiologi, i medici e gli operatori sanitari a praticare regolarmente azioni di prevenzione cardiologica di alta qualità⁶.

L'aderenza del paziente ad un programma di correzione dei fattori di rischio e soprattutto di modifica dello stile di vita non può prescindere da un'esatta comprensione della malattia che lo ha colpito. È fondamentale dunque che i pazienti conoscano la natura e le cause della malattia di cui sono portatori e siano resi consapevoli di quali sono gli interventi che possono attuare per ridurre la probabilità di recidive. Numerose indagini, condotte sia in Italia che in altri paesi, hanno dimostrato che tali conoscenze sono spesso carenti o inesatte e che molti pazienti ricoverati per diverse manifestazioni di cardiopatia ischemica o per effettuare interventi di rivascolarizzazione coronarica, vengono dimessi senza avere la consapevolezza della malattia che li ha colpiti e delle possibilità di trattamento. Ciò prova che esistono attualmente dei limiti nella gestione dell'aspetto informativo ed educativo del trattamento fornito durante il ricovero. A tal proposito, uno studio osservazionale condotto nel 2009 nell'U.O.C. di Cardiologia-UTIC dell'Ospedale di Desio⁷, sostiene che un incontro di educazione alla salute, organizzato dagli infermieri per i pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica, migliora la conoscenza della malattia che li ha colpiti e la consapevolezza che stili di vita adeguati possano rappresentare strumenti importanti al fine di evitarne l'aggravamento e prevenirne le diverse manifestazioni cliniche.

Risulta poco chiaro ai pazienti quanto rilevante sia stato il ruolo svolto dal loro stile di vita e, soprattutto, quanto sia importante modificare abitudini scorrette per evitare che il processo di aterosclerosi coronarica si aggravi e possa causare in futuro recidive di infarto o fasi di instabilizzazione dell'angina.

Un altro studio randomizzato controllato del 2008, condotto da Dracup K, McKinley S, Doering LV et al⁸, ha indagato il livello di conoscenze che i pazienti con SCA avevano sulla malattia cardiaca ed è emerso che la conoscenza, circa i sintomi e i trattamenti da parte dei pazienti, rimane povera. La conoscenza che i pazienti devono avere non garantisce il non

verificarsi di un evento spiacevole ma permette al paziente di intervenire tempestivamente e di cercare le cure. Inoltre i risultati di questo studio suggeriscono che gli uomini, gli anziani, le persone con bassi livelli di istruzione e coloro che non hanno partecipato ad un programma di riabilitazione cardiaca fanno più fatica a rivedere i sintomi di IMA e ad imparare le azioni appropriate da prendere di fronte a nuovi sintomi di SCA.

Da un altro studio del 2009⁹ si è visto come il maggiore controllo percepito della malattia cardiaca si associava ad un atteggiamento più positivo, mentre un alto stato di ansia era associato a livelli più bassi di conoscenze, atteggiamenti e credenze sulla risposta alla minaccia per la salute di una possibile SCA.

Il lavoro dell'infermiere, come dimostra lo studio RESPONSE del 2013 elaborato da Jorstad H T, von Birgelen C et Al¹⁰, non si limita alle cure tradizionali ma può svolgere il ruolo di coordinatore-*counseling* di un programma di prevenzione, divenendo questo un metodo efficace per una riduzione delle riammissioni ospedaliere e riducendo l'alto rischio di ricorrenti eventi coronarici e mortalità.

Uno studio randomizzato controllato ha dimostrato che l'educazione del paziente attraverso un approccio individualizzato e con interviste motivazionali conferisce maggiori conoscenze sugli atteggiamenti e sulle credenze alla popolazione ad alto rischio di SCA¹¹.

Gli infermieri, svolgendo un ruolo fondamentale nella gestione del paziente, dovrebbero aiutarlo ad affrontare sfide che insorgano alla dimissione, dovrebbero essere educatori competenti e consulenti per i pazienti e le loro famiglie¹².

Come sostiene un altro studio del 2013 condotto da Eshah N F, gli infermieri devono essere educati e preparati per diventare educatori sanitari qualificati. Al tempo stesso l'educazione alla salute deve rappresentare una delle più importanti pratiche di cura giornaliera, così da essere investita nella preparazione di un piano di dimissione al paziente con SCA¹³.

Negli ultimi anni la pressione economica ha sollecitato il Sistema Sanitario a dimissioni "*quicker and sicker*". Questo fenomeno ha reso la dimissione dopo SCA sempre più un momento di cambiamento cruciale nella storia di malattia del paziente, il quale, improvvisamente, si trova ad essere responsabile della gestione di farmaci per lui nuovi e a dover autonomamente monitorare una sintomatologia del tutto sconosciuta, come nel caso del primo evento di malattia, o non necessariamente ben nota anche se preceduta da altri episodi di ricovero, dalle quale dovrà in modo tempestivo cogliere un eventuale peggioramento. Per un sistema *high quality* centrato sul paziente vengono identificati alcuni

punti qualificanti che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione dopo SCA:

- informazione al paziente e ai familiari sulla storia della malattia e sulla prognosi
- fattori di rischio e strategie per contenerli
- obiettivi del piano di trattamento
- istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica
- necessità dei controlli medici.

È necessario individuare le modalità informative che facciano integralmente parte dell'intervento di cura, selezionando le informazioni sulla base di priorità rilevanti per la sicurezza del paziente, identificando le figure responsabili (medici e infermieri) della trasmissione delle stesse e garantendo l'omogeneità delle indicazioni o delle risposte alle domande da parte di tutti i componenti dell'équipe sanitaria. È opportuno che la comunicazione alla dimissione sia orientata alle domande più frequenti alle quali il personale sanitario deve dare risposte, indipendentemente dal fatto che le stesse siano esplicitate dal singolo paziente e va verificato sempre che cosa sia stato compreso e che cosa sia stato trattenuto dell'informazione erogata¹⁴.

A conclusione di questa rassegna si può quindi affermare che l'aderenza terapeutica nei pazienti con SCA continua ad essere un problema estremamente importante nella pratica quotidiana clinica-assistenziale. Come si evince dalla letteratura numerose sono le variabili che condizionano la scarsa aderenza del paziente al trattamento terapeutico, dal momento che essa è influenzata dall'ambiente in cui il paziente vive, dai *providers* della salute e dal sistema di cura. E' necessario pertanto un intervento multifattoriale e simultaneo che coinvolga i diversi attori nel piano di cura.

È possibile visionare in Allegato 2 la tabella riassuntiva della revisione della letteratura.

4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio, campionamento e setting

Per la realizzazione di questo lavoro è stato condotto uno studio osservazionale di coorte. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti affetti da SCA che erano presenti nelle UOC di Cardiologia dell'USSL 18 di Rovigo nel periodo dall'1 al 28 febbraio 2015, senza distinzione alcuna di sesso ed età.

Nello studio sono stati coinvolti anche gli infermieri che hanno partecipato al progetto TOC, in particolare 16 infermieri della Cardiologia, 16 dell'UTIC e 8 dell'Ambulatorio Cardiologico. Il periodo interessato è stato dal 7 al 27 Luglio 2015, fase centrale del progetto, in cui è iniziata l'implementazione di un piano educativo trasversale all'UOC, elaborato dalla *Clinical Nurse Educator* con il supporto degli infermieri.

4.2 Strumento di misura e attività di raccolta dati

I questionari, che sono stati consegnati ai pazienti per rilevare le conoscenze possedute al momento della dimissione, sono stati scelti e formulati dal Team italiano di *Clinical* garanti della realizzazione del progetto TOC previa autorizzazione da parte della Direzione Medica e delle Professioni Sanitarie. Il questionario, presente in Allegato 3, si compone di quattordici domande, delle quali tredici a risposta multipla e una domanda a risposta aperta. Le finalità dell'indagine sono state esplicitate preliminarmente ad ogni somministrazione e riportate come nota introduttiva all'inizio di ogni questionario. La compilazione era del tutto facoltativa ed anonima. Si è scelto di somministrare i questionari ai pazienti prima che gli infermieri iniziassero il percorso formativo, per verificare allo stato attuale quali erano le loro conoscenze al fine di rivalutarle una volta concluso il progetto di miglioramento.

Il questionario è stato lo strumento per indagare le seguenti aree:

- Conoscenze riguardo il motivo del ricovero e la patologia
- Conoscenza sui fattori di rischio di SCA
- Capacità di autocura
- Qualità percepita sull'educazione terapeutica svolta dagli infermieri
- Percezione dello stile di vita dopo la dimissione

Rilevare il fabbisogno informativo-educativo del paziente ha lo scopo di migliorare la qualità assistenziale e aiutare l'utente a rientrare al proprio domicilio consapevole degli stili di vita da modificare e la terapia d'assumere. All'interno del presente progetto di ricerca si è

elaborato un ulteriore questionario semi-strutturato utilizzando il metodo della scala Likert, ritenuta facile e di semplice utilizzo poiché consiste nel dare un punteggio da 1 a 5 secondo la legenda a cui si fa riferimento. Anche tale questionario, visibile in Allegato 4 presenta una nota introduttiva ed è stato compilato in forma anonima dagli infermieri che hanno partecipato al progetto. Il questionario autorizzato ha permesso di indagare:

- L'importanza che ricopre l'educazione terapeutica al paziente con SCA
- L'efficacia delle tecniche comunicative
- Il grado di soddisfazione del progetto
- Utilità degli strumenti e strategie utilizzate durante il momento educativo

4.3 Analisi dei dati

I dati raccolti attraverso la somministrazione dei questionari ai pazienti sono stati raggruppati e suddivisi in base alle domande, all'età, al sesso, al supporto o meno durante la compilazione. Successivamente si sono analizzate le varie risposte ai quesiti, rilevando le conoscenze possedute dai pazienti.

L'indagine condotta sul campione di infermieri valutato è avvenuta distinguendo i professionisti in base al reparto o servizio di appartenenza, agli anni di esperienza in ambito cardiologico e alla data di compilazione dei questionari.

Sono state realizzate, altresì, delle tabelle che hanno permesso la costruzione di grafici per una migliore rappresentazione delle informazioni ricavate.

Ci si è avvalsi del sistema operativo Windows 7 e dei programmi di scrittura e di organizzazione dei dati Microsoft Word 2013 e Microsoft Excel 2013.

5. RISULTATI

5.1 Descrizione del campione

Complessivamente sono stati raccolti 50 questionari, compilati nel mese di Febbraio 2015 dai pazienti affetti da SCA, degenti nell'unità operativa di Cardiologia.

I criteri di classificazione presi in esame per ogni paziente sono stati: sesso, età, modalità di compilazione del questionario (autonoma o coadiuvata), periodo antecedente la loro dimissione.

L'analisi dei dati ha evidenziato che il 66% dei pazienti (33) coinvolti era di sesso maschile, il 20% (10) femminile e il 14% (7) non lo ha specificato. Inoltre, il campione ha rivelato un'età media di 67 anni; in tabella I è stata riportata la distribuzione per classi di età. Le percentuali evidenziate si dimostrano coerenti con ciò che viene sostenuto dalla letteratura in materia di SCA, secondo cui essa è più frequente nel genere maschile con età superiore ai 45 anni e nelle donne con età maggiore di 55 anni.

TABELLA I. Distribuzione per classi di età		
	N°	%
43-63 aa	14	31
64-75 aa	19	42
76-86 aa	12	27
TOTALE	45	100

Per quel che concerne la modalità di compilazione dei questionari, si è evidenziato che il 44% (22) l'ha svolto autonomamente, il 20% (10) è stato aiutato e il 36% (18) non è noto.

5.2 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi

Dall'elaborazione dei questionari consegnati ai pazienti nel mese di Febbraio sono emersi i seguenti risultati.

Il primo quesito: Perché è stato ricoverato in ospedale?

TABELLA II:	Frequenza	%
a) Perché ho avuto uno scompenso cardiaco	11	22%
b) Perché ho avuto delle aritmie	8	16%
c) Perché ho avuto una sindrome coronarica acuta	11	22%
d) Non conosco il motivo del mio ricovero	3	6%
e) Altro	13	26%
ASTENUTI	4	8%

Dall'analisi dei dati si è potuto osservare che il 26% (13) ha risposto erroneamente affermando di esser stato ricoverato per: capogiri, visita specialistica, coronarografia. L'ulteriore 22% (11) sostiene di aver avuto uno scompenso cardiaco, il 16% (8) ritiene di aver avuto delle aritmie e il 6% (3) non conosce il motivo del ricovero. Rispetto al totale solo il 22% ha piena conoscenza del motivo del ricovero.

Il ricovero ospedaliero è un momento delicato che può creare disagio in cui le difese della persona risultano in qualche modo indebolite, pertanto è importante che il paziente conosca il percorso che lo attende e abbia chiarezza della patologia di cui è affetto in modo da attenuare il suo disagio e la sua debolezza.

Secondo quesito: Che alimentazione dovrà seguire a casa?

TABELLA III:	Frequenza	%
a) Devo continuare a mangiare quello che mangiavo prima	9	18%
b) Non so bene che tipo di alimentazione dovrò seguire a casa	5	10%
c) Una dieta dove mangio un po' di tutto	15	30%
d) Una dieta mediterranea ricca di frutta e verdura	21	42%

L'adozione di scelte alimentari appropriate appare ormai da tempo una componente centrale del progetto di cura per la prevenzione e riduzione di nuovi eventi cardiovascolari. Il

42%(21) dei pazienti ritiene che seguirà una dieta mediterranea, tuttavia il 30% (15) non ha piena conoscenza di tale importanza dal momento che sostiene che una volta rientrato a casa mangerà un po' di tutto.

Secondo le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica una sana alimentazione ha le seguenti caratteristiche:

- Acidi grassi saturi: meno del 10% dell'apporto energetico totale, tramite sostituzione con acidi grassi polinsaturi.
- Acidi grassi trans-insaturi: il meno possibile, preferibilmente non da alimenti trattati e per meno dell'1% dell'apporto energetico totale da fonti naturali.
- Meno di 5 g di sale al giorno.
- 30-45 g di fibre al giorno, da prodotti integrali, frutta e verdura.
- 200 g di frutta al giorno (2-3 porzioni).
- 200 g di verdura al giorno (2-3 porzioni).
- Pesce almeno due volte alla settimana, una delle quali costituita da pesce grasso.
- Consumo di bevande alcoliche: da limitare a due bicchieri al giorno (20 g/die di alcool) per gli uomini e un bicchiere al giorno (10 g/die di alcool) per le donne¹⁵.

Terzo quesito: *Saprebbe spiegare ad un suo familiare a cosa servono i farmaci che gli sono stati prescritti?*

TABELLA IV:	Frequenza	%
a) Nessuno mi ha spiegato a cosa servono i farmaci che dovrò assumere	3	6%
b) Saprei descrivere solo alcuni farmaci che dovrò assumere a casa	9	18%
c) Conosco bene a cosa servono tutti i farmaci che dovrò assumere a casa	31	62%
d) Mi hanno spiegato, ma ricordo solo i farmaci che assumevo prima	7	14%

Dalle risposte emerge che il 62% (31) conosce bene a cosa servono i farmaci che si dovranno assumere a casa, tanto da essere in grado di spiegare ai propri familiari la terapia che dovrà assumere. Il 18% (9), invece, ritiene di saper descrivere solo alcuni farmaci, il 14% (7) non

ricorda bene quello che gli è stato spiegato e il 6% (3) afferma che nessuno gli ha spiegato a cosa servono i farmaci che dovrà assumere.

Quarto quesito: *Che attività fisica dovrà seguire al rientro a casa?*

TABELLA V:	Frequenza	%
a) Posso riprendere l'attività fisica con gradualità, iniziando a camminare fino a 30 minuti al giorno	36	72%
b) Né il medico né l'infermiere mi hanno detto nulla a riguardo	5	10%
c) Ho avuto un infarto non posso più fare attività fisica	1	2%
d) Tutto quello che voglio	4	8%
ASTENUTI	4	8%

Numerosi studi hanno evidenziato come l'esercizio fisico sia in grado di intervenire sul profilo di rischio dei pazienti, determinando un incremento della probabilità di sopravvivenza, una riduzione della recidiva di nuovi eventi coronarici, un incremento della capacità funzionale dei pazienti con riduzione dei sintomi e miglioramento della qualità della vita¹⁶. Con un'attività fisica regolare il cuore diventa più robusto e resistente alla fatica. L'attività aerobica aumenta la richiesta di ossigeno da parte del corpo e aumenta il carico di lavoro di cuore e polmoni, rendendo cuore e circolazione più efficienti. Un cuore allenato pompa una quantità di sangue maggiore senza dispendio supplementare di energia. Non è necessario svolgere attività intense, uno sforzo moderato ma regolare è efficace. Il 72% (36) dei pazienti ritiene che potrà riprendere l'attività fisica con gradualità, iniziando a camminare fino a 30 minuti al giorno.

Quinto quesito: *Ora che rientra a casa, saprebbe assumere i suoi farmaci in completa autonomia?*

TABELLA VI:	Frequenza	%
a) Non so assumere i farmaci che mi son stati prescritti	1	2%
b) Saprei assumere solo i farmaci che prendevo a casa	7	14%

c) Quando sarò da solo a casa saprò assumere molto bene i miei farmaci	37	74%
d) Ho troppi farmaci da assumere saprei gestirli solo insieme ad un mio familiare	5	10%

Dalle risposte si evidenzia che il 74% (37) dei pazienti ritiene di essere in grado di assumere in completa autonomia i farmaci al rientro a casa, il 14% (7) saprebbe assumere solo i farmaci che prendeva a casa, il 10% (5) ritiene di averne troppi e di saperli gestire solo insieme ad un familiare, infine il 2% (1) non sa assumere i farmaci prescritti.

Sesto quesito: *Adesso che rientra a casa, saprebbe spiegare ad un suo familiare perché deve smettere di fumare?*

TABELLA VII:	Frequenza	%
a) Non ho mai fumato e non inizierò adesso	28	56%
b) Sono consapevole che il fumo può provocarmi un altro infarto ma continuerò comunque a fumare	2	4%
c) Sì, saprei spiegare ad un mio familiare che il fumo ha quasi certamente causato questa malattia e smetterò sicuramente di fumare	15	30%
d) Da solo non credo di farcela ma con l'aiuto di qualcuno potrei provarci	2	4%
ASTENUTI	3	6%

È dimostrato che dopo SCA la sola ripresa del fumo in pazienti in terapia farmacologica ottimale e adeguato stile di vita determini il raddoppio del rischio di avere nel primo anno un nuovo evento maggiore, quale morte per causa cardiaca, recidiva coronarica, ictus, ed aumenti fino a 3 volte il rischio di reinfarto¹⁶. I risultati ottenuti dal quesito in merito al fumo mostrano che il 56% (28) afferma di non fumare e che non inizierà a farlo, il 30% (15) sa che il fumo è dannoso per la propria salute e smetterà di fumare, il 4% (2) dice che da solo non pensa di farcela ma con l'aiuto di qualcuno potrebbe provarci e il 4% (2) consapevole che il fumo ha contribuito nell'insorgenza dell'infarto continuerà lo stesso a fumare.

Settimo quesito: *Conosce a cosa servono le coronarie?*

TABELLA VIII:	Frequenza	%
a) Sono delle valvole del cuore	3	6%
b) Sono i vasi che portano il sangue al cuore e se si chiudono provocano l'infarto	43	86%
c) Sono degli esami che fanno i medici quando si ha l'infarto	1	2%
d) Non so cosa sono le coronarie	1	2%
ASTENUTI	2	4%

Relativamente al quesito sulla conoscenza dei pazienti su cosa siano le coronarie l'86% (43) ha risposto correttamente, si tratta infatti di vasi specializzati che portano il sangue al cuore e se si chiudono provocano l'infarto.

I successivi tre quesiti indagano la percezione dei pazienti sulla qualità delle informazioni ricevute dai professionisti sanitari, medici e infermieri.

Ottavo quesito: *Il personale infermieristico mi ha parlato in un modo comprensibile e facile da capire:*



Grafico I. Spiegazione dal personale infermieristico

Il 74% (37) dei pazienti è completamente d'accordo nell'affermare che l'informazione datagli dal personale infermieristico è stata comprensibile e facile da capire, il 18% (9) è abbastanza d'accordo e il 2% (1) poco d'accordo e 6% (3) si sono astenuti dal rispondere.

Nono quesito: *Quando ho parlato con i medici mi hanno spiegato chiaramente a cosa serve ogni medicinale:*

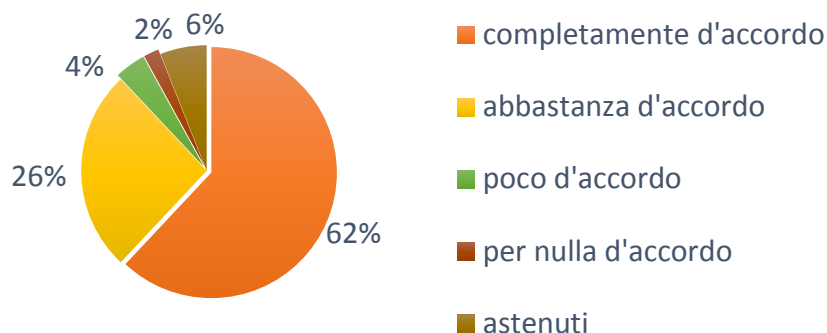


Grafico II. Spiegazione dal personale medico

Le informazioni date dal personale medico sono state ritenute chiare e complete, nella spiegazione dei medicinali da assumere per il 62% (31) dei pazienti, il 26% (13) è abbastanza d'accordo, il 4% (2) poco d'accordo e il 2% (1) per nulla d'accordo.

Decimo quesito: *Ho ricevuto informazioni su come ridurre al minimo i rischi relativi ai miei problemi cardiaci (ad esempio, dieta adeguata, smetter di fumare, esercizio fisico e aderenza terapeutica):*

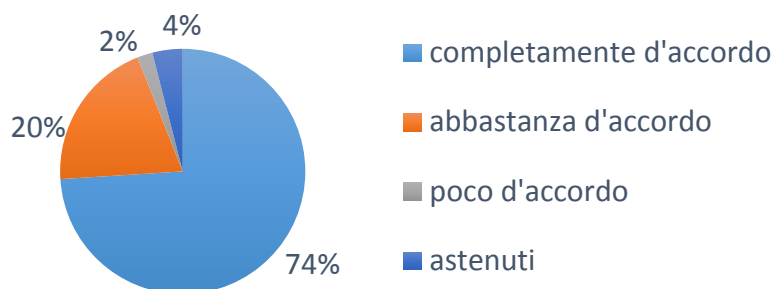


Grafico III. Informazioni ricevute

A questo quesito il 74% (37) è completamente d'accordo nell'affermare che ha ricevuto informazioni su come ridurre i rischi relativi ai problemi cardiaci, il 20% (10) è abbastanza d'accordo e il 2% (1) poco d'accordo.

Undicesimo quesito: *Potrei spiegare chiaramente a qualcuno perché sto prendendo i farmaci che mi sono stati prescritti e come posso prevenire problemi cardiaci in futuro:*

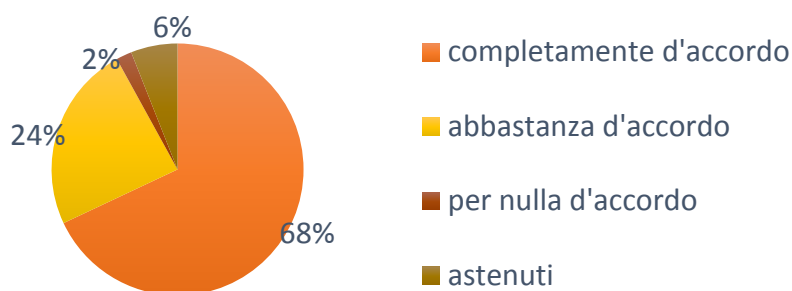


Grafico IV. Conoscenza appresa sulla terapia farmacologica

Come mostra il Grafico IV, il 68% (34) del campione ritiene di poter spiegare chiaramente a qualcuno il motivo dell'assunzione dei farmaci che gli sono stati prescritti e le modalità per prevenire problemi cardiaci in futuro.

Dodicesimo quesito: *Lei è consapevole che può ridurre di 3 volte il rischio di ritornare in ospedale ed avere un altro attacco cardiaco se segue un corretto stile di vita e aderisce alla terapia farmacologica?*

TABELLA IX:	Frequenza	%
a) Sono perfettamente consapevole che posso ridurre di tre volte il rischio di avere un nuovo attacco cardiaco seguendo un corretto stile di vita e aderendo alla terapia	42	84%
b) Non conoscevo questa informazione	1	2%
c) Si ricordo che mi hanno spiegato qualcosa ma non do importanza a queste informazioni	-	-
d) Altro	Conosco in parte le informazioni; poco sicuro che ciò accada	
ASTENUTI	7	14%

Tredicesimo quesito: *Viene chiesto al paziente di segnare i comportamenti che ritiene adottare a casa.*

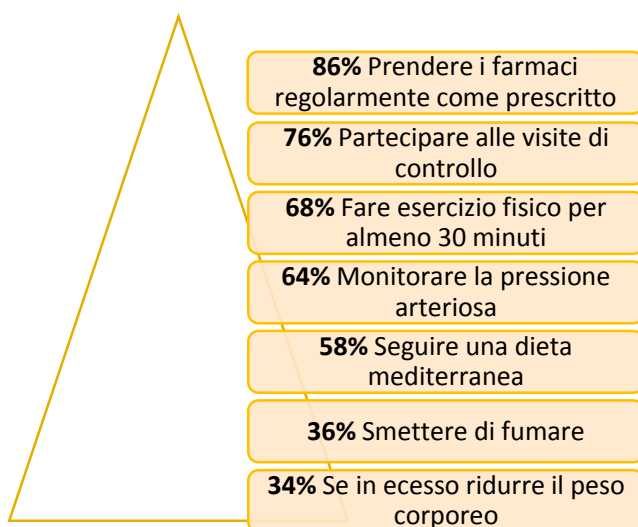


Grafico V. Piramide dei comportamenti attesi dal paziente

Come si evince dai risultati, non tutti i pazienti assegnano la medesima importanza ai comportamenti da seguire a casa: ciò che è ritenuto di maggiore rilevanza è l'aderenza alla terapia prescritta per l'86% (43) dei pazienti e la partecipazione alle visite di controllo per il 76% (38).

I pazienti che hanno segnato come risposte ridurre il peso corporeo se in eccesso e smettere di fumare sono da considerarsi relative, in quanto sono state indicate solo da coloro che effettivamente si trovano in quelle specifiche situazioni.

Infine, l'analisi dei questionari del mese di febbraio risulta dagli esiti abbastanza favorevoli, in quanto non si sono evidenziati forti carenze conoscitive da parte dei pazienti che hanno partecipato alla ricerca, tuttavia la loro conoscenza non si presenta completa su ogni argomento indagato.

Lo studio condotto sugli infermieri ha coinvolto 14 su 16 infermieri del Reparto di Cardiologia, 14 su 16 dell'UTIC e 8 su 8 infermieri dell'ambulatorio Cardiologico. Sono stati esclusi gli infermieri che non hanno partecipato al progetto TOC poiché alcune domande erano specifiche dell'attività svolte dal progetto.

In riferimento all'analisi dei questionari compilati dagli infermieri è emerso che il 97% (35) di essi trova utile approfondire la tematica dell'educazione terapeutica al paziente con SCA,

dimostrando quindi un'opinione positiva a riguardo. Per verificare l'evoluzione del progetto in atto si è scelto di porre dei quesiti sul grado di soddisfazione, sulle modifiche apportate ed eventualmente sulle difficoltà riscontrate dai partecipanti.

Di seguito si presentano i risultati ottenuti dall'indagine condotta attraverso l'ausilio di grafici esplicativi con le relative domande e le percentuali delle risposte ottenute.

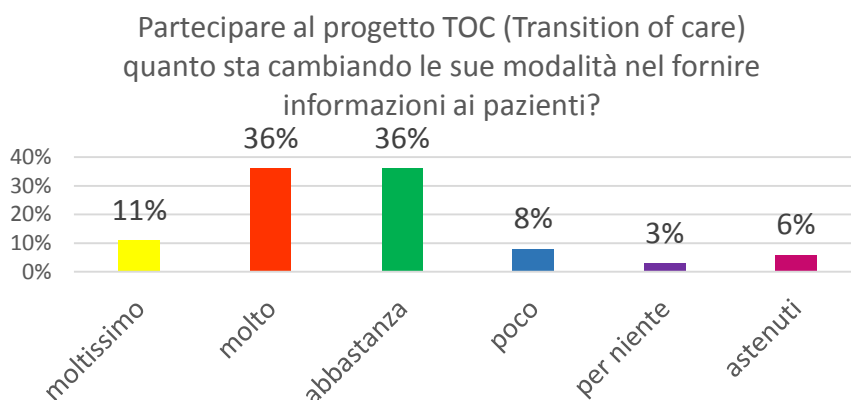


Grafico VI. Influenza progetto TOC

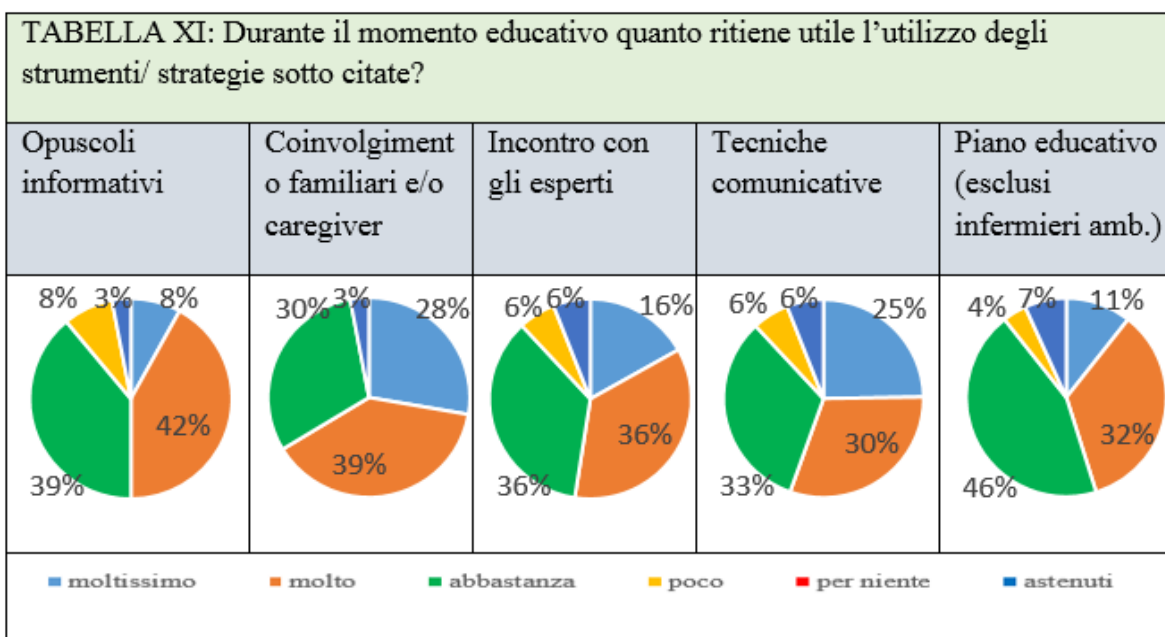
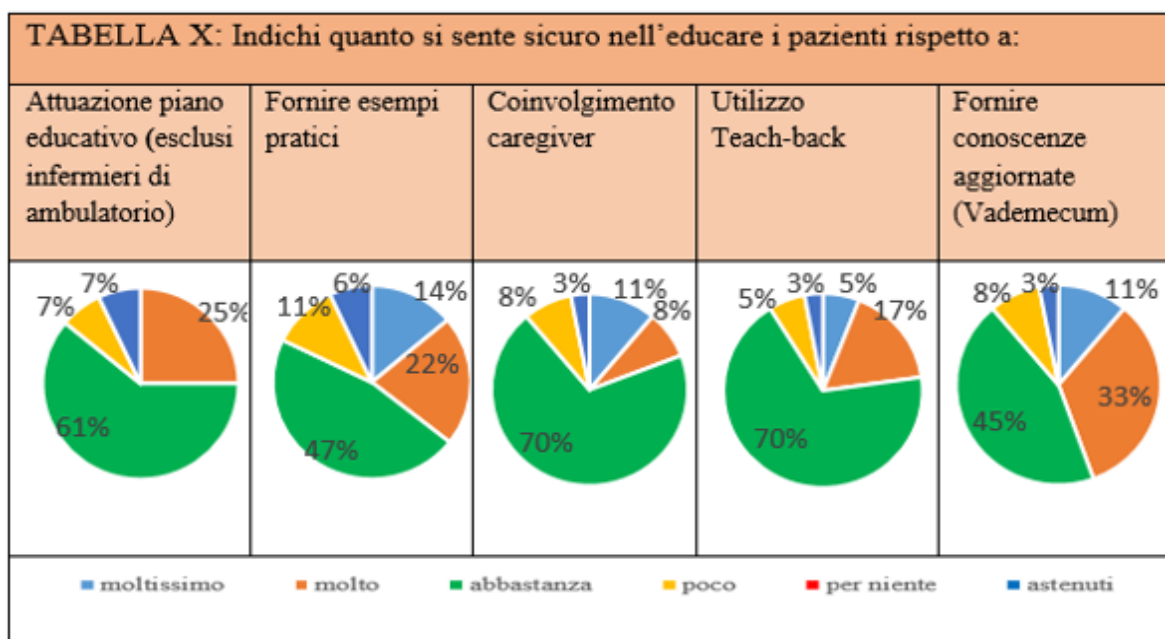
Come si evince dal grafico, il 47% (17) degli infermieri ritiene che le modalità nel fornire informazioni al paziente stiano cambiando, mentre il 36% (13) risponde abbastanza, l'8% (3) poco e solo una persona ritiene che non ci siano cambiamenti dovuti alla partecipazione al progetto TOC. Il quesito chiedeva anche quali potessero essere i cambiamenti apportati dal progetto. Secondo gli intervistati, lo studio ha apportato i seguenti cambiamenti:

- Un approccio più corretto con una maggiore attenzione al rapporto con il paziente;
- Una migliore comunicazione utilizzando un linguaggio comprensibile, semplice ed esaustivo è utile al fine di rendere il paziente più informato;
- Un maggior approfondimento della tematica;
- Infermieri più coinvolti nella loro professione.

Alla luce del percorso che gli infermieri stanno effettuando in questa fase e considerando gli strumenti forniti loro, il 36% (13) si sente molto preparato a gestire ed educare il paziente con SCA, il 50% (18) abbastanza, il 14% (5) poco.

Più in dettaglio si è chiesto il grado di sicurezza posseduto rispetto ad elementi che compongono un percorso educativo al paziente, come mostra la Tabella X; mentre nella

Tabella XI si è chiesto quanto gli infermieri ritenevano utili gli strumenti/strategie citate che possono essere utilizzate durante il momento educativo con il paziente.



Durante il momento educativo tra infermieri e paziente ricopre una notevole importanza fornire informazioni corrette e verificare che queste siano state apprese dal paziente. Tra i vari metodi comunicativi si è scelto di approfondire il “*Teach-Back Method*” (lett. “spiegami quello che ti ho insegnato”), ritenuto tra i migliori metodi per capire il “buco” nella comunicazione tra sanitari e pazienti. Si tratta di un modo per essere certi di aver

spiegato ai pazienti quello che serve loro sapere, in maniera comprensibile. La comprensione dei pazienti è confermata quando, in prima persona, rispiegano qualcosa a chi l'ha spiegata loro in un primo momento. Ripetendo questo processo come parte della comunicazione interattiva aumenta la capacità di auto-cura dei pazienti, aumenta la loro fiducia nella gestione della loro condizione e permette loro di autogestire con successo il processo di apprendimento¹⁷.

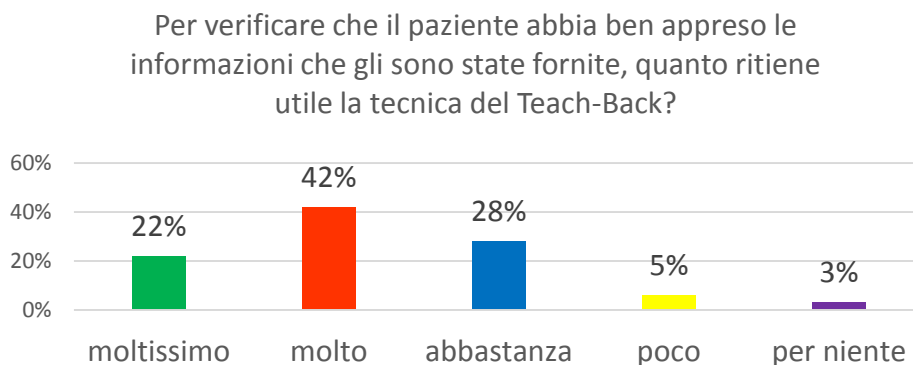


Grafico VII. Tecnica del *Teach-back*

Questa tecnica è ritenuta utile dal 64% (23) degli infermieri, solo il 3% (2) non conferma la sua utilità.

Durante il progetto si è ritenuto importante indagare sulle eventuali difficoltà incontrate dagli infermieri nello svolgimento dello stesso. Il 64% (23) ha riscontrato delle difficoltà organizzative e contestuali, tra le quali si citano:

- Mancanza di tempo
- Poca presenza dei familiari/*caregiver*
- Pazienti anziani e critici
- Interruzioni frequenti

A conclusione del questionario, si è data l'opportunità all'infermiere di poter scrivere qualsiasi riflessione o suggerimento in merito all'educazione al paziente con SCA. Molti infermieri hanno commentato la tematica, ritenendo utile e importante sostenere i seguenti *items*:



Grafico VIII. Commento infermieri.

Come si deduce dall'analisi condotta, la maggior parte degli infermieri si mostra interessato ad approfondire la tematica dell'educazione terapeutica al paziente affetto da SCA, ritenendo utile la partecipazione al progetto *Transition of Care*. Tale progetto ha permesso di migliorare le loro capacità nell'eseguire l'educazione al paziente e ha aggiornato le conoscenze già possedute sulla SCA. Tuttavia sono emerse delle difficoltà da parte degli infermieri durante lo svolgimento del momento educativo. Per quanto riguarda l'impiego del piano educativo è stato ritenuto utile dalla maggior parte e il 61% si sente sicuro del suo utilizzo. Interessanti sono stati i suggerimenti e riflessioni degli infermieri in merito alla SCA, dimostrando il loro coinvolgimento e una maggiore attenzione nei confronti dei pazienti.

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1 Discussione

Il presente lavoro ha permesso una riflessione sulla rilevanza che ricopre l'educazione terapeutica oggi sia come competenza svolta dal personale infermieristico sia nei confronti degli assistiti. Prima dell'avvio del progetto TOC, si sono rilevate nei pazienti conoscenze carenti sugli argomenti di carattere educativo post SCA, confermando ciò che è anche testimoniato in diversi studi. Sul campione che è stato indagato è emerso che la conoscenza circa la patologia di ricovero è insufficiente, infatti, su cinquanta pazienti soltanto undici hanno risposto correttamente. In riferimento agli altri quesiti indagati, la maggioranza dei pazienti ha risposto in modo esatto, anche se persiste una percentuale di utenti che continuano a dare delle risposte scorrette circa gli argomenti analizzati. Osservando la piramide dei comportamenti attesi (Grafico V) è possibile notare una varietà di risposte fornite dai pazienti sui comportamenti da adottare una volta dimessi. Infatti, il 58% seguirà una dieta mediterranea, mentre l'86% si trova d'accordo ad affermare che prenderà i farmaci come prescritto. La somministrazione di questo questionario è stata utile perché ci ha mostrato quali sono le conoscenze attuali possedute dai pazienti e ci ha esortato a continuare la nostra indagine, attivando il programma educativo. Inoltre, l'analisi dei risultati relativi al gruppo di infermieri, che hanno partecipato al percorso di *Counseling* educativo, mostra come l'iniziativa sia ritenuta valida, permettendo agli infermieri di sentirsi più coinvolti nella loro professione, desiderosi di affrontare, elaborare e gestire i temi trattati. Questi ultimi hanno sottolineato che le varie attività da svolgere durante un turno di lavoro spesso non gli consentono di dedicare molto tempo all'educazione al paziente e che vi è, altresì, una scarsa presenza dei familiari o *caregiver*, punto di riferimento importante per il paziente anziano e critico. Inoltre si è visto come durante l'educazione al paziente l'attuazione di un piano educativo permette agli infermieri di strutturare il programma e di fornire in maniera univoca e aggiornata le informazioni necessarie per consentire ai pazienti di riprendere la propria vita in maniera salutare. Nell'UOC di Cardiologia-UTIC il piano educativo è in fase di implementazione e viene periodicamente valutato dalla *Clinical Nurse Educator*, la quale verifica che venga compilato in maniera corretta, interessandosi dei riscontri dati dagli infermieri sul suo impiego.

6.2 Limiti dello studio

Il limite principale dello studio è rappresentato dalla mancata possibilità di somministrare, a distanza di tempo, il questionario agli stessi pazienti dimessi nel mese di Febbraio; la rivalutazione verrà pertanto eseguita su pazienti diversi. L'attenzione sarà dunque posta soprattutto sugli infermieri e sull'educazione terapeutica da loro effettuata, essendo questi sempre gli stessi presenti nelle unità operative coinvolte. Sarebbe stato opportuno inoltre continuare il lavoro di indagine per tutta la durata del progetto, la cui fine è prevista per il mese di dicembre; tuttavia la complessità dello stesso e le tempistiche legate al calendario accademico hanno ridimensionato e condizionato i risultati del presente elaborato di tesi.

6.3 Raccomandazione ed implicazioni per la pratica

Durante l'ospedalizzazione l'educazione alla salute dovrebbe essere migliorata e rafforzata, basandosi sui temi che sono stati percepiti dai pazienti come molto importanti e considerando le variabili sociodemografiche per la preparazione e realizzazione dei programmi educativi. Progetti di prevenzione secondaria dovrebbero essere effettuati fin dal ricovero del paziente per migliorare la consapevolezza dei benefici che tali programmi possono apportare. Essi dovrebbero essere formulati in maniera personalizzata tenendo conto dell'apprendimento effettivo dei pazienti e dovrebbero dare informazioni sui farmaci, le attività della vita quotidiana, complicazioni, sintomi e opportune modifiche dello stile di vita. Gli infermieri necessitano di approfondire le tematiche inerenti la comunicazione per arrivare al meglio all'obiettivo comunicativo. L'approccio educativo dell'infermiere si propone di venire in aiuto a una persona che si trova in difficoltà non dicendole cosa fare, ma aiutandola a comprendere la sua situazione attuale e a gestire il problema, prendendo da sola la responsabilità di eventuali scelte. L'aiuto consiste proprio nel rendere possibile una riattivazione e riorganizzazione delle sue energie (cognitive, emotive, strategiche) partendo dal presupposto che in ogni persona ci sono delle potenzialità che gli permettono di sfruttare l'aiuto ricevuto e di farlo diventare una propria risorsa. Lo scopo, dunque, è quello di aiutare la persona a mobilitare le proprie risorse personali nell'affrontare il problema che viene portato all'interno della relazione di *counseling* tra l'infermiere e il paziente. Attraverso programmi di prevenzione secondaria, sin dalla fase acuta della malattia, fortemente orientati alla correzione degli stili di vita inadeguati, possiamo migliorare la qualità di vita delle persone affette da SCA. Interventi come educazione pre-dimissione, follow-up telefonico e

di sostegno, incontri con esperti, riabilitazione cardiologica dovrebbero essere enfatizzati ed integrati nei programmi di prevenzione secondaria.

Lo studio attuale è potenzialmente di grande beneficio per i pazienti con sindrome coronarica acuta, poiché permette di suggerire ai pazienti come ridurre i propri fattori di rischio ed evitare un altro evento coronarico in futuro attraverso il lavoro svolto dagli infermieri, favorendo una continuità assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- 1- World health organization. Cardiovascular diseases (CVDs) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> (ultimo accesso: 24-05-2015).
- 2- Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. <http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/cardiovascolari.asp> (ultimo accesso: 27-05-2015).
- 3- Azienda ULSS 18 Regione Veneto – Rovigo http://www.azisanrovido.it/nqcontent.cfm?a_id=1358 (ultimo accesso: 24-05-2015).
- 4- La classificazione della sindrome coronarica acuta. <https://www.sindromecoronaricaacuta.it/it/public/sindromecoronaria/classificazione.aspx> (Ultimo accesso: 20-05-2015).
- 5- Kronish I M, Chaplin W F, Rieckmann N et al. The Effect of Enhanced Depression Care on Anxiety Symptoms in Acute Coronary Syndrome Patients: Findings from the COPES Trial. *Psychother Psychosom* 2012, 81(4): 245–7.
- 6- Kotseva K, Jennings C S, Turner E L et al. On behalf of the ASPIRE-2-PREVENT Study Group. ASPIRE-2-PREVENT: a survey of lifestyle, risk factor management and cardioprotective medication in patients with coronary heart disease and people at high risk of developing cardiovascular disease in the UK. *Heart* 2012; 98: 865-71.
- 7- Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L et al. Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia? Utilità di un incontro educativo tenuto da infermieri. *G Ital Cardiol Vol 10* Aprile 2009.
- 8- Dracup K, McKinley S, Doering L V et al. Acute Coronary Syndrome: What Do Patients Know? *Arch Intern Med* 2008; 168(10): 1049–54.
- 9- McKinley S, Dracup K, Moser D K et al. The Effect of a Short One-on-One Nursing Intervention on Knowledge, Attitudes and Beliefs Related to Response to Acute Coronary Syndrome in People with Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. *Int J Nurs Stud.* 2009 August ; 46(8): 1037–46.

- 10- Jorstad H T, Von Birgelen C, W Alings A M, Liem A et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. Jorstad HT, et al. Heart 2013;99:1421–30.
- 11- O’Brien F, McKee G, Mooney M, O’Donnell S et al. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. Elsevier Ireland Ltd 2014; 179-87.
- 12- Eshah N F. Jordanian acute coronary syndrome patients’ learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. Nursing and Health Sciences 2011; 13, 238–45.
- 13- Eshah N F. Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. Nursing and Health Sciences 2013; 15, 273–79.
- 14- Rivista dell’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMC. CARDIOLOGIA negli ospedali. MARZO - APRILE 2014 n°198 http://www.anmco.it/uploads/u_cms/media/2014/12/04cdd6bd69fd5da6b9e8d875e11bb86a.pdf.
- 15- Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012). G Ital Cardiol 2013;14(5):328-92.
- 16- Greco C, Bovenzi F M, Berti S et al. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L’organizzazione dell’assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. G Ital Cardiol 2014;15(1 Suppl 1):3S-27S.
- 17- The teach-back method. https://en.wikipedia.org/wiki/The_teach-back_method (ultimo accesso 18-10-2015).

ALLEGATI

ALLEGATO 1

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	DOCUMENTI RILEVATI	DOCUMENTI SELEZIONATI
Pubmed	"Acute Coronary Syndrome"[Mesh] AND "Secondary Prevention"[Mesh]A ND "Patient Education as Topic"[Mesh]	9	1. Jorstad HT, von Birgelen C, Alings AM, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, Lok DJ et Al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. Heart. 2013 Oct; 99(19):1421-30. doi: 10.1136/PMID: 23813851
			2. Eshash N F. Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. Nurs Health Sci. 2013 Sep;15 (3):273-9. doi: 10.1111/PMID: 23302042
			3. Eshah N F. Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. Nurs Health Sci. 2011 Sep;13(3):238-45. doi: 10.1111/PMID: 21615656
Pubmed	"Acute Coronary Syndrome"[Mesh] AND "Education"[Mesh] AND "disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] AND "knowledge"[MeSH	17	1. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, Aitken LM, Buckley T, Marshall A, Pelter M. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a

	Terms] OR "knowledge"[All Fields]		randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2009 Aug;46(8):1037- 46. doi: 10.1016 PMID: 19243778
			2. Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B, Meischke H, Moser DK, Pelter M, Carlson B, Aitken L, Marshall A, Cross R, Paul SM. Acute coronary syndrome: what do patients know? Arch Intern Med. 2008 May 26; 168(10):1049-54. doi: 10.1001 PMID: 18504332
Pubmed	depression care AND anxiety AND acute coronary syndrome	31	1. Ian M. Kronish, William F. Chaplin, Nina Rieckmann. The Effect of Enhanced Depression Care on Anxiety Symptoms in Acute Coronary Syndrome Patients: Findings from the COPEs Trial. Psychother Psychosom. 2012 ; 81(4): 245– 247. doi:10.1159/000332439.
Pubmed	educational intervention AND patient AND syndrome coronary acute AND nurse	6	1. Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L, Avanzini F, Di Giulio P, De Martini M. How to increase patient knowledge of their coronary heart disease: impact of an educational meeting led by nurses. G Ital Cardiol (Rome). 2009 Apr;10(4):249-55. Italian. PMID: 19475880
			2. O'Brien F, McKee G, Mooney M, O'Donnell S, Moser D. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved

			2014 Aug;96(2):179-87. doi:10.1016 PMID: 24973196
Pubmed	Articoli correlate		Kotseva K, Jennings C S,Turner E T et Al. On behalf of the ASPIRE- 2-PREVENT Study Group. ASPIRE-2-PREVENT: a survey of lifestyle, risk factor management and cardioprotective medication in patients with coronary heart disease and people at high risk of developing cardiovascular disease in the UK. Heart 2012;98:865-71. doi:10.1136
			Perk J, De Backer G, Gohlke H et Al. Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012). G Ital Cardiol 2013;14(5):328-392 2013 May;14(5):328-92. doi:10.1714/1264.13964.

ALLEGATO 2

REVISIONE DELLA LETTERATURA

ARTICOLO	SCOPO	METODO	CONCLUSIONI
1. Eshah N F. Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. Nursing and Health Sciences (2011),13:238-24	Identificare e dare priorità ai bisogni di apprendimento effettivo dei pazienti con SCA; esplorare le differenze di esigenze di apprendimento sulla base di variabili sociodemografiche e cliniche.	È stata utilizzata la PLNS (<i>Patient Learning Needs Scale</i>), scala Likert costituita da 40 articoli composti da cinque sottoscale: il sostegno e la cura nella comunità, i farmaci, trattamento e le attività della vita, complicanze e sintomi e le preoccupazioni per la malattia a cui i pazienti dovevano rispondere.	L'attuale studio ha individuato livelli elevati di esigenze di apprendimento dopo SCA. I risultati rilevano che i pazienti più giovani hanno espresso esigenze di apprendimento più elevate rispetto pazienti più anziani. Infatti, i pazienti più anziani potrebbero considerare un evento cardiaco una conseguenza del processo di invecchiamento e potrebbero pensare che il loro ruolo di guida di una vita attiva è quasi terminato. Al contrario, pazienti più giovani si aspettano ancora di raggiungere molti obiettivi nella vita; dunque, potrebbero essere più motivati nella ricerca di informazioni.
2. Eshah N F. Predischarge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. Nursing and Health Sciences (2013), 15:273-9	Identificare l'efficacia di una formazione pre-dimissione sugli stili di vita in pazienti con SCA.	Il modello Health Belief (HBM) è stato utilizzato in questo studio per organizzare il programma educativo previsto nei pazienti con SCA. Secondo la HBM, le decisioni relative alla salute sono basate sul grado di percezione di suscettibilità, gravità, benefici, barriere e spunti per l'azione.	I risultati di questo studio mostrano un'elevata prevalenza di fattori di rischio tra i pazienti con SCA. L'istruzione pre-dimissione aiuta a motivare pazienti con SCA ad aderire ad uno stile di vita sano post dimissione. Pertanto, gli infermieri devono essere educati e preparati ad essere educatori sanitari qualificati e l'educazione alla salute deve continuare come uno dei più importanti pratiche di cura giornaliera.
3. McKinley S, Dracup K, Moser D K et Al. Effect of a	Integrare nella clinica di routine un programma di	Studio randomizzato. Ai 754 pazienti ricoverati per SCA	Il RESPONSE trial dimostra che un programma di prevenzione secondaria, eseguito in ospedale e coordinato dagli infermieri in

<p>nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE. Heart (2013),99:1421-30</p>	<p>prevenzione coordinato dall'infermiere basato sul rischio cardiovascolare nei pazienti dimessi dopo SCA.</p>	<p>sono state svolte delle visite ambulatoriali dal <i>nurse-coordinated prevention programme</i>, il quale si concentrava su: stili di vita sani, fattori di rischio biometrico, aderenza farmaci oltre alla cura usuale.</p>	<p>aggiunta alle cure usuali, riduce il rischio di eventi coronarici ricorrenti e la mortalità. Dai dati dello studio si evince anche che la componente del <i>counselling</i> può contribuire ad una riduzione delle riammissioni in ospedale.</p>
<p>4. McKinley S, Dracup K ,Moser D K et Al. The effect of a Short One- on- One Nursing Intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to Response to Acute Coronary Syndrome in people with coronary heart disease: A randomized Controlled Trial. Int J Nuurs Stud. (2009), 46(8):1037-46</p>	<p>L'obiettivo primario è di promuovere la tempestiva risposta ai sintomi e ridurre i tempi di ritardo per il periodo di 2 anni di follow up. Obiettivo secondario è stato quello di studiare l'effetto dello studio intervento su conoscenze, atteggiamenti e credenze circa la malattia di cuore e sintomi di SCA.</p>	<p>Si sono formati due gruppi randomizzati controllati di 3522 persone con malattia coronarica. Il gruppo di intervento ha ricevuto una sessione di 40 minuti, di istruzione e consulenza. Il gruppo di controllo ha ricevuto cure tradizionali. Conoscenze, atteggiamenti e le credenze sono stati misurati usando il <i>Response Index</i>.</p>	<p>Un intervento di formazione e di consulenza relativamente aumenta la conoscenza, atteggiamenti e le credenze circa la sindrome coronarica acuta. Maggiore controllo percepito su malattia cardiaca è stato associato con un atteggiamento più positivo e più alta ansia di stato è stata associata con livelli più bassi di conoscenze.</p>

<p>5. Dracup k, McKinley S, Doering L V et Al. Acute Coronary Syndrome: What do patients know? Arch Intern Med. (2008), 168(10):1049-54</p>	<p>Verificare il livello di conoscenza delle malattie cardiache e il rischio di autopercezione di un futuro ima nei pazienti con documentata cardiopatia ischemica. Diminuire il tempo del ritardo preospedaliero</p>	<p>Sono stati intervistati 3522 pazienti (età media 67 anni). Raccolta dati con uno strumento di 26 item focalizzandosi sui sintomi di SCA e sulle misure appropriate per ricercare le cure.</p>	<p>È emerso che le donne hanno più conoscenza della malattia cardiaca e i suoi sintomi. Avevano più informazioni i pazienti più giovani, con un migliore livello di istruzione. Anche dopo la diagnosi di SCA e numerose interazioni con i medici e altri operatori sanitari, la conoscenza sui sintomi e il trattamento da parte dei pazienti con malattia cardiaca rimane povero. I pazienti richiedono continuo rinforzo sulla natura del sintomi cardiaci, i benefici del trattamento precoce, e il loro stato di rischio. Ritardare il trattamento anche di 30 minuti riduce l'aspettativa di vita media per 1 anno.</p>
<p>6. Kronis I M, Chapli W I, Rieckmann N. The Effect of Enhanced Depression Care on Anxiety Symptoms in Acute Coronary Syndrome Patients: Findings from the COPES Trial. Psychother Psychosom. (2012), 81(4):245-7</p>	<p>Monitorare i sintomi di ansia e depressione e valutare i miglioramenti ottenuti dopo psicoterapia e/o farmacoterapia</p>	<p>I pazienti depressi sono stati reclutati da 5 ospedali degli Stati Uniti tra il 2005 e nel 2008 e randomizzati a una maggiore cura della depressione o in base alla solita cura. L'ansia e la depressione sono state valutate con le scale di misura <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> ed <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)</i>.</p>	<p>In conclusione, gli interventi futuri per ridurre lo stress psicologico dopo SCA dovrebbero valutare la loro efficacia su entrambi i sintomi di depressione e ansia. Tali interventi possono essere più adatti a migliorare non solo qualità della vita nei sopravvissuti di SCA, ma potenzialmente, per ridurre il rischio di disagio psicologico sugli esiti cardiovascolari avversi. I sintomi di ansia sono comuni dopo SCA; l'ansia può diminuire l'aderenza al trattamento, una bassa qualità della vita e contribuire a determinare una prognosi cardiovascolare peggiore. Eppure, simile alla depressione, l'ansia spesso non è valutata dopo SCA e pazienti con elevata ansia non vengono trattati.</p>
<p>7. Kotseva K, Jennings C S, Turner E L et Al. ASPIRE-2-PREVENT: a survey of</p>	<p>Determinare in pazienti con coronaropatia le persone ad alto rischio di sviluppare</p>	<p>È stata progettata un'indagine trasversale, attraverso l'analisi di cartelle cliniche, interviste ai</p>	<p>Il potenziale tra i pazienti con malattia coronarica e gli individui ad alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari nel Regno Unito è considerevole. La prevenzione</p>

<p>lifestyle, risk factor management and cardioprotective medication in patients with coronary heart disease and people at high risk of developing cardiovascular disease in the UK. Heart (2012),98:865-71</p>	<p>malattie cardiovascolari ; verificare se le Linee guida sulla prevenzione cardiovascolare (JBS2) sono seguite nella pratica clinica quotidiana.</p>	<p>pazienti ed esami almeno 6 mesi dopo l'evento cardiovascolare.</p>	<p>delle malattie coronariche ha bisogno di un approccio globale e multidisciplinare, affrontando tutti gli aspetti dello stile di vita e dei fattori di rischio. La sfida è quella di coinvolgere e motivare cardiologi, medici e gli operatori sanitari a praticare regolarmente alta qualità cardiologia preventiva in un sistema sanitario che deve investire nella prevenzione.</p>
<p>8. Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L et Al. Come aumentare le conoscenze dei pazienti con cardiopatia ischemica sulla loro malattia? Utilità di un incontro educativo tenuto da infermieri. G Ital Cardiol (2009),10(4):249-55.</p>	<p>Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'utilità di partecipare all'incontro educativo di gruppo nel migliorare le conoscenze dei pazienti sulla natura della malattia che li ha colpiti, sui fattori che ne hanno favorito la comparsa e sulle variazioni degli stili di vita che possono favorire la prevenzione di una recidiva.</p>	<p>Si sono svolti incontri di educazione alla salute per i pazienti ricoverati con malattia coronarica e i loro familiari. Questi incontri sono stati tenuti dagli infermieri della Divisione di Cardiologia dell'ospedale di Desio. Gli argomenti trattati sono stati la natura della malattia coronarica, i suoi fattori di rischio e la prevenzione delle recidive. Prima e dopo l'incontro, un questionario è stato somministrato per esplorare il livello di conoscenza sulla natura della patologia coronarica, sulle sue cause e sulle</p>	<p>Un incontro di educazione sanitaria organizzato da infermieri per i pazienti ricoverati per SCA migliora la loro conoscenza della malattia e la consapevolezza dei benefici che corretti stili di vita possano prevenire il peggioramento della loro malattia.</p>

		modalità per prevenire le recidive.	
<p>9. O'Brien F, McKee G, Mooney M, O'Donnell S, Moser D. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved (2014)96(2):179-87.</p>	<p>Verificare l'efficacia di un intervento educativo individualizzato sulle conoscenze, gli atteggiamenti e le credenze in merito alla sindrome coronarica acuta.</p>	<p>Studio randomizzato e controllato è stato condotto su 1947 pazienti con diagnosi di SCA. I partecipanti randomizzati hanno ricevuto una sessione di formazione individualizzata, usando tecniche motivazionali di intervista. L'intervento è stato rinforzato 1 mese e 6 mesi più tardi.</p>	<p>Questo studio ha dimostrato che l'educazione al paziente con tecniche di intervista e un approccio motivazionale individualizzato ha il potenziale per favorire le conoscenze, gli atteggiamenti e le credenze sulla SCA tra una popolazione ad alto rischio.</p>

ALLEGATO 3

GENTILE UTENTE, PER MIGLIORARE LA NOSTRA QUALITA' ASSISTENZIALE E PER AIUTARLA A RIENTRARE A CASA CONSAPEVOLE DEGLI STILI DI VITA DA MODIFICARE E LA TERAPIA DA ASSUMERE, LE CHIEDIAMO DI COMPILARE AUTONOMAMENTE O CON L'AIUTO DI UNA PERSONA CARA, UN SEMPLICE E VELOCE QUESTIONARIO RIGUARDO L'EDUCAZIONE SANITARIA CHE LEI HA RICEVUTO DURANTE LA SUA DEGENZA. IL QUESTIONARIO SARA' ANONIMO E SERVIRA' ESCLUSIVAMENTE PER MIGLIORARE LA NOSTRA QUALITA' ASSISTENZIALE. GRAZIE, LO STAFF INFERMIERISTICO.

UTENTE DA SOLO:

SESSO : MASCHIO

ETA':

UTENTE CON AIUTO :

FEMMINA

1. PERCHÉ È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE?
 - PERCHÉ HO AVUTO UNO SCOMPENSO CARDIACO
 - PERCHÉ HO AVUTO DELLE ARITMIE
 - PERCHÉ HO AVUTO UNA SINDROME CORONARICA ACUTA
 - NON CONOSCO IL MOTIVO DEL MIO RICOVERO
 - ALTRO

2. CHE ALIMENTAZIONE DOVRA' SEGUIRE A CASA?
 - DEVO CONTINUARE A MANGIARE QUELLO CHE MANGIAVO PRIMA
 - NON SO BENE CHE TIPO DI ALIMENTAZIONE DOVRO' SEGUIRE A CASA
 - UNA DIETA DOVE MANGIO UN Po' DI TUTTO
 - UNA DIETA MEDITERRANEA RICCA DI FRUTTA E VERDURA

3. SAPREBBE SPIEGARE AD UN SUO FAMILIARE A COSA SERVONO I FARMACI CHE LE SONO STATI PRESCRITTI?
 - NESSUNO MI HA SPIEGATO A COSA SERVONO I FARMACI CHE DOVRO' ASSUMERE
 - SAPREI DESCRIVERE SOLO ALCUNI FARMACI CHE DOVRO' ASSUMERE A CASA
 - CONOSCO BENE A COSA SERVONO TUTTI I FARMACI CHE DOVRO' ASSUMERE A CASA
 - MI HANNO SPIEGATO, MA RICORDO SOLO I FARMACI CHE ASSUMEVO PRIMA

4. CHE ATTIVITA' FISICA DOVRA' SEGUIRE AL RIENTRO A CASA?
 - POSSO RIPRENDERE L'ATTIVITA' FISICA CON GRADUALITA', INIZIANDO A CAMMINARE FINO A 30 MINUTI AL GIORNO
 - NE IL MEDICO NE L'INFERMIERE MI HANNO DETTO NULLA A RIGUARDO
 - HO AVUTO UN INFARTO NON POSSO PIÙ FARE ATTIVITA' FISICA
 - TUTTO QUELLO CHE VOGLIO

5. ORA CHE RIENTRA A CASA, SAPREBBE ASSUMERE I SUOI FARMACI IN COMPLETA AUTONOMIA?
 - NON SO ASSUMERE I FARMACI CHE MI SONO STATI PRESCRITTI
 - SAPREI ASSUMERE SOLO I FARMACI CHE PRENDEVO PRIMA
 - QUANDO SARO' DA SOLO A CASA SAPRO' ASSUMERE MOLTO BENE I MIEI FARMACI
 - HO TROPPI FARMACI DA ASSUMERE SAPREI GESTIRLI SOLO INSIEME AD UN MIO FAMILIARE

6. ADESSO CHE RIENTRA A CASA, SAPREBBE SPIEGARE AD UN SUO FAMILIARE PERCHÉ DEVE SMETTERE DI FUMARE?
 - NON HO MAI FUMATO E NON INIZIERO' ADESSO
 - SONO CONSAPEVOLE CHE IL FUMO PUÒ PROVOCARMI UN ALTRO INFARTO MA CONTINUERO' COMUNQUE A FUMARE
 - SI, SAPREI SPIEGARE AD UN MIO FAMILIARE CHE IL FUMO HA QUASI CERTAMENTE CAUSATO QUESTA MALATTIA E SMETTERO' SICURAMENTE DI FUMARE
 - DA SOLO NON CREDO DI FARCELA MA CON L'AIUTO DI QUALCUNO POTREI PROVARCI

- 7. CONOSCE A COSA SERVONO LE CORONARIE?**
- SONO DELLE VALVOLE DEL CUORE
 - SONO I VASI CHE PORTANO IL SANGUE AL CUORE E SE SI CHIUDONO PROVOCANDO L'INFARTO
 - SONO DEGLI ESAMI CHE FANNO I MEDICI QUANDO SI HA L'INFARTO
 - NON SO COSA SONO LE CORONARIE
- 8. IL PERSONALE INFERMIERISTICO MI HA PARLATO IN UN MODO COMPRENSIBILE E FACILE DA CAPIRE:**
- COMPLETAMENTE D'ACCORDO
 - ABBASTANZA D'ACCORDO
 - POCO D'ACCORDO
 - PER NULLA D'ACCORDO
- 9. QUANDO HO PARLATO CON I MEDICI MI HANNO SPIEGATO CHIARAMENTE A COSA SERVE OGNI MEDICINALE:**
- COMPLETAMENTE D'ACCORDO
 - ABBASTANZA D'ACCORDO
 - POCO D'ACCORDO
 - PER NULLA D'ACCORDO
- 10. HO RICEVUTO INFORMAZIONI SU COME RIDURRE AL MINIMO I RISCHI RELATIVI AI MIEI PROBLEMI CARDIACI (AD ESEMPIO, DIETA ADEGUATA, SMETTERE DI FUMARE, ESERCIZIO FISICO E ADERENZA TERAPEUTICA):**
- COMPLETAMENTE D'ACCORDO
 - ABBASTANZA D'ACCORDO
 - POCO D'ACCORDO
 - PER NULLA D'ACCORDO
- 11. POTREI SPIEGARE CHIARAMENTE A QUALCUNO PERCHÉ STO PRENDENDO I FARMACI CHE MI SONO STATI PRESCRITTI E COME POSSO PREVENIRE PROBLEMI CARDIACI IN FUTURO:**
- COMPLETAMENTE D'ACCORDO
 - ABBASTANZA D'ACCORDO
 - POCO D'ACCORDO
 - PER NULLA D'ACCORDO
- 12. LEI È CONSAPEVOLE CHE PUÒ RIDURRE DI TRE VOLTE IL RISCHIO DI RITORNARE IN OSPEDALE ED AVERE UN ALTRO ATTACCO CARDIACO SE SEGUE UN CORRETTO STILE DI VITA E ADERISCE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA? :**
- SONO PERFETTAMENTE CONSAPEVOLE CHE POSSO RIDURRE DI TRE VOLTE IL RISCHIO DI AVERE UN NUOVO ATTACCO CARDIACO SEGUENDO UN CORRETTO STILE DI VITA E ADERENDO ALLA TERAPIA
 - NON CONOSCEVO QUESTA INFORMAZIONE
 - SI RICORDO CHE MI HANNO SPIEGATO QUALCOSA MA NON DO IMPORTANZA A QUESTE INFORMAZIONI
 - ALTRO.....
- 13. INSERISCA UNA **X** SU QUALI COMPORTAMENTI RITIENE ADOTTARE AL RIENTRO A CASA:**
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> SEGUIRE UNA DIETA MEDITERRANEA | <input type="radio"/> SMETTERE DI FUMARE |
| <input type="radio"/> PRENDERE I FARMACI REGOLARMENTE COME PRESCRITTO | <input type="radio"/> SE IN ECCESSO RIDURRE IL PESO CORPOREO |
| <input type="radio"/> FARE ESERCIZIO FISICO PER ALMENO 30 MINUTI | <input type="radio"/> MONITORARE LA PRESSIONE ARTERIOSA |
| | <input type="radio"/> PARTECIPARE ALLE VISITE DI CONTROLLO |

I SUOI COMMENTI SU COME MIGLIORARE L'EDUCAZIONE SANITARIA:

.....

.....

ALLEGATO 4



Questionario
Rivolto agli infermieri dell'UOC di Cardiologia – UTIC-AMBULATORIO
CARDIOLOGICO

Gentile infermiere/a, sono una studentessa di Infermieristica. Le chiedo solo qualche minuto del suo tempo per partecipare ad una indagine che sto conducendo, finalizzata alla mia tesi di laurea. Questo questionario è rivolto ai professionisti sanitari che hanno partecipato al progetto formativo di *Counselling Infermieristico*. Scopo dell'indagine è quello di rilevare il grado di soddisfazione del progetto, verificare se sono state apportate modifiche al proprio approccio educativo e individuare le difficoltà o i benefici che possono influenzare la fase di pre-dimissione del paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA).

Il questionario è anonimo, dovrà indicare con una X la risposta desiderata scegliendo da 1-5.

❖ **Legenda:**

- 1: per niente
- 2: poco
- 3: abbastanza
- 4: molto
- 5: moltissimo

DATA:

UOC:

ESPERIENZA NEL SERVIZIO/REPARTO ATTUALE: anni / mesi

- 1) Quanto crede sia utile approfondire la tematica dell'educazione terapeutica al paziente con SCA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2) Partecipare al Progetto TOC (*Transition of care*) quanto sta cambiando le sue modalità nel fornire informazioni ai pazienti?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Se ritiene stiano cambiando in che modo?

.....
.....
.....

- 3) Alla luce del percorso che sta effettuando e degli strumenti forniti, quanto si sente preparato nell'educare e nel gestire il paziente con SCA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4) Indichi quanto si sente sicuro nell'educare i pazienti rispetto a:

Attuazione del piano educativo (se AMB. Non rispondere)	1	2	3	4	5
Fornire esempi pratici	1	2	3	4	5
Coinvolgimento <i>caregiver</i>	1	2	3	4	5
Utilizzo <i>Teach-back</i>	1	2	3	4	5
Fornire conoscenze aggiornate (Vademecum)	1	2	3	4	5

5) Durante il momento educativo quanto ritiene utile l'utilizzo degli strumenti/strategie sotto citate?

Opuscoli informativi	1	2	3	4	5
Coinvolgimento dei familiari e/o <i>caregiver</i>	1	2	3	4	5
Incontro con gli esperti	1	2	3	4	5
Tecniche comunicative	1	2	3	4	5
Piano educativo (se AMB. Non rispondere)	1	2	3	4	5

6) Per verificare che il paziente abbia ben appreso le informazioni che gli sono state fornite, quanto ritiene utile la tecnica del *Teach-Back*?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7) Sta riscontrando delle difficoltà organizzative nello svolgimento delle attività previste dal progetto?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Se sta riscontrando delle difficoltà quali?

.....
.....
.....

8) Ha dei suggerimenti o riflessioni in merito all'educazione sanitaria al paziente con SCA?

.....
.....