

Il processo educativo in fase riabilitativa nell'assistito cardiocirurgico.

Revisione narrativa di letteratura

The educational process in the rehabilitation phase after cardiac surgical procedures.

A narrative literature review

■ RACHELE ACQUALAGNA¹, ELISA MAZZARIOL², CATIA FELTRIN², PAOLA BERNARDI³

¹ Infermiere, UOC Malattie Infettive - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

² Infermiere Tutor Didattico Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Padova - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

³ Infermiere, Professore a Contratto, Università degli Studi di Padova



RIASSUNTO

Introduzione: Le patologie cardiovascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di salute pubblica, rientrando tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. In particolare, l'intervento cardiocirurgico ha un forte impatto dal punto di vista psico-emotivo e nell'approccio della persona alle attività quotidiane. Si rivela dunque necessario elaborare un percorso che coinvolga attivamente l'assistito e che miri a soddisfare i suoi bisogni per garantirne un rientro a domicilio coerente con le sue aspettative e le sue potenzialità. Lo scopo dell'elaborato è individuare quali siano le migliori strategie infermieristiche atte a riconoscere e soddisfare i bisogni educativi dell'assistito cardiocirurgico in fase riabilitativa e descrivere quali sono gli aspetti da considerare prioritari nell'approccio educativo della persona.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura da Marzo ad Agosto 2020, consultando la banca dati PubMed e CINAHL. Sono stati inclusi nella revisione 23 articoli.

Risultati: Sono state individuate tre tematiche principali: le strategie infermieristiche utili a riconoscere i bisogni di natura educativa, tra cui l'intervista ed i questionari self-report; le strategie infermieristiche volte a soddisfare i suddetti bisogni, coinvolgendo anche il caregiver; gli aspetti da tenere in considerazione nell'approccio educativo dell'assistito, tra cui si annoverano l'età ed il genere.

Discussione: I risultati ottenuti pongono l'accento su come la fase riabilitativa e l'educazione rivolta all'infermiere debba prevedere l'utilizzo anche di più strategie di identificazione del bisogno educativo, il coinvolgimento attivo di un caregiver ma soprattutto la stesura di un piano assistenziale che possa essere aderente alle aspettative della persona e condiviso dai team infermieristici nei vari setting.

Conclusioni: La letteratura reperita ha permesso di rispondere ai quesiti di ricerca che hanno guidato la stesura dell'elaborato ed ha evidenziato come un continuum dell'assistenza nei diversi setting di cura agevoli la ripresa della quotidianità del soggetto.

Parole Chiave: bisogni educativi, cardiocirurgia, caregivers, attività di vita quotidiana.



ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are one of the most important public health problems, being one of the main causes of morbidity, disability and mortality. Cardiac surgery has a strong impact from a psycho-emotional point of view and on the person's approach to daily activities. It is, therefore, necessary to develop a path that actively involves the client and aims to meet his needs to ensure a return home consistent with his expectations and potential. The purpose of the paper is to identify which are the best nursing strategies to recognize and meet the educational needs of the cardiac surgery patient in the rehabilitation phase and describe which aspects to be considered as priorities in the person's educational approach.

Materials and methods: A narrative review of the literature was conducted from March to August 2020 by consulting the PubMed and CINAHL database. 23 articles were included in the review.

Results: Three main themes were identified from the analysis of the materials and to conceptually organize the results: nursing strategies useful for recognizing educational needs, including the interview and self-report questionnaires; nursing strategies aimed at satisfying the aforementioned needs, also involving the caregiver; the aspects to be taken into consideration in the assisted person's educational approach, including age and gender.

Discussion: The results obtained emphasize how the rehabilitation phase and the education addressed to the nurse must include the use of several strategies for identifying the educational need, the active involvement of a caregiver but above all the drafting of a care plan that can be consistent with the person's expectations and shared by the nursing teams in the various settings.

Conclusions: The literature found made it possible to answer the research questions that guided the drafting of the paper and highlighted how a continuum of assistance in the various care settings facilitates the resumption of the subject's daily life.

Keywords: Needs assessment, Cardiac Surgical Procedures, caregivers, activities of daily living.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

PERVENUTO IL 29/05/2021
ACCETTATO IL 05/01/2022

Corrispondenza per richieste:

Dott.ssa Elisa Mazzariol,
elisa.mazzariol@aulss2.veneto.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

INTRODUZIONE

Le patologie cardiovascolari costituiscono ad oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica, rientrando tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità: in questo gruppo rientrano alcune tra le patologie più frequenti di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore, tra cui si annoverano l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris. La prevalenza di queste patologie nella popolazione cresce proporzionalmente all'aumentare dell'età: in Italia, Paese nel quale l'aspettativa di vita è considerevolmente aumentata negli ultimi decenni, la gestione di queste patologie risulta essere di primaria importanza^[1].

Ad oggi, le patologie cardiovascolari sono la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia, ovvero il 14,5% del totale, equivalente a circa un milione di ricoveri anno; nel 2015, 4 italiani su 10 sono ricorsi a cure mediche per patologie croniche, tra le quali le più diffuse sono le patologie cardiovascolari^[2,3].

Inoltre, secondo i dati ISTAT del 2016, alla riduzione del tasso di mortalità per patologie cardiovascolari nella popolazione, si affianca un aumento del carico sul Sistema Sanitario Nazionale di risorse economiche, materiali e personali legate ad esse, in quanto causa più frequente di ospedalizzazione in Italia, in particolare nella fascia di età compresa tra i 55 ed i 74 anni^[3].

Questo range comprende una popolazione che viene definita dall'OMS di età media (45/59 anni) e anziana (60/74 anni) la quale, al di là dell'età anagrafica, è ancora particolarmente attiva dal punto di vista lavorativo e sociale^[4].

Le sindromi coronariche acute (SCA) si possono definire come la manifestazione clinica di patologie la cui eziologia è da ricercarsi nell'ostruzione, parziale o totale, di un ramo delle coronarie, in seguito a rottura di una placca aterosclerotica. Tra queste, si annovera l'infarto miocardico (IMA)^[4,5].

In seguito a diagnosi, le tecniche di cura adottate mirano alla ripercussione della porzione miocardica interessata dall'occlusione, resa possibile dalla rimozione del trombo, che può avvenire tramite la somministrazione di terapia farmacologica, in particolare fibrinolitici (ad esempio streptochinasi o alteplase) oppure meccanicamente, tramite Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA, nota anche come Percutaneous Coronary Intervention, o PCI), o bypass aorto-coronarico (CABG)^[6].

Al termine dell'esecuzione dell'intervento, l'assistito si interfaccia con un programma di riabilitazione mirato al raggiungimento di una quanto più completa guarigione dall'evento: questa può essere effettuata da diverse strutture, anche extra-ospedaliere, diffuse sul territorio. Il contesto ideale entro cui l'assistito può effettuare questo processo è quello dei Centri di Cardiologia Riabilitativa (CR), che di fatto permettono di erogare un intervento strutturato che riguarda in maniera particolare la gestione della fase post-acuta della malattia ma che prevede anche percorsi specifici per la prevenzione secondaria a lungo termine^[7]. L'articolazione di questo percorso assistenziale necessita di essere strettamente correlato ai reali bisogni dell'assistito: a tal fine è necessaria una attività sinergica tra i centri di Cardiologia Riabilitativa degenziale e ambulatoriale, gli ambulatori cardiologici (ospedalieri o territoriali), gli infermieri impegnati in attività di counseling, ed i medici di medicina generale^[7].

Data l'incidenza della patologia nella fascia di età compresa tra i 55 ed i 74 anni, una riabilitazione solamente fisica potrebbe rivelarsi inefficace nel garantire un rientro a domicilio e alle consuete attività di vita quotidiana.

La patologia ed il successivo intervento hanno un forte impatto anche dal punto di vista psico-emotivo e nell'approccio alle attività quotidiane, tanto da poter affermare che un piano educativo miri ad ottenere non

soltanto la piena guarigione fisica della persona, ma soprattutto a ridare consapevolezza di quelle che saranno le ricadute nella quotidianità e consolidare la fiducia nell'affrontare la convalescenza^[8].

I bisogni educativi variano a seconda della fase perioperatoria che l'assistito sta attraversando^[9,10].

Nella valutazione del percorso a cui l'assistito cardiocirurgico si sottopone, sono state identificate cinque diverse fasi nel percorso perioperatorio che fanno emergere bisogni di diversa natura^[10] (**Figura 1**).

- L'evento acuto, in cui i bisogni informativi, come i segni ed i sintomi della patologia, sono di maggiore interesse per l'assistito;
- Il trattamento e l'ospedalizzazione (inclusa l'effettuazione della procedura): anche in questa fase i bisogni sono principalmente di natura informativa e si focalizzano su aspetti legati all'intervento, in unione a bisogni educativi in merito, ad esempio, alla respirazione^[9];
- La fase della dimissione, in cui l'assistito necessita di maggiori delucidazioni riguardo alle attività da poter svolgere quando tornerà al proprio domicilio, come «una mappa che guidi l'assistito dove andare»^[10];
- Il ritorno a casa, momento in cui emerge il bisogno educativo in merito alla cura di sé della persona, verso una graduale ri-

Figura 1. Evoluzione dei bisogni educativi dell'assistito in relazione al quadro clinico (Adattato)^[10]

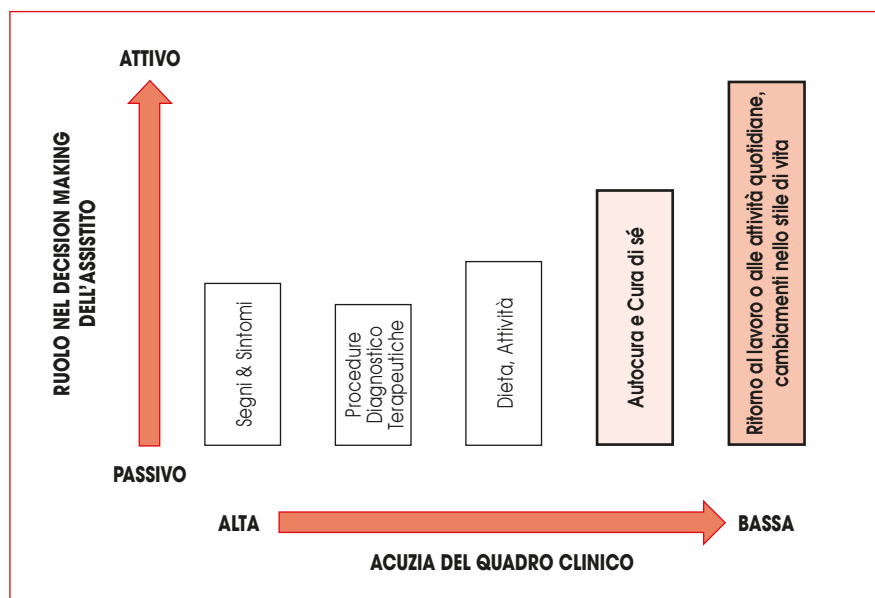


Tabella 1. Schema PIO

P	Assistito in fase riabilitativa post intervento cardiocirurgico dopo sindrome coronarica acuta
I	Assistenza Infermieristica di natura educativa
O	Gestione del rientro alle attività di vita quotidiana coerente con le aspettative della persona

presa delle attività quotidiane, che tenga conto anche del timore emerso negli assistiti di una possibile ricaduta o peggioramento delle proprie condizioni di vita^[10];

- La riabilitazione e la guarigione.

In particolare, in quest'ultima fase, l'assistito manifesta bisogni educativi in merito alla dieta, all'esercizio fisico, nonché al ritorno al lavoro, alla guida, all'attività sessuale e alle normali attività di vita quotidiana, come «fare giardinaggio, giocare con i propri nipoti, e partecipare ad attività che precedentemente erano a pieno titolo parte della vita prima dell'IMA»^[10].

A questa variazione dei bisogni si affianca una graduale evoluzione del ruolo dell'assisti-

to che, da soggetto passivo, quale si identifica durante le prime fasi del percorso perioperatorio, acquista un ruolo attivo che è determinante all'interno del processo di cura, nelle decisioni e nella scelta del percorso da effettuarsi^[10].

L'educazione deve tenere conto dei bisogni specifici dell'assistito, ma non sempre la persona è a conoscenza di cosa davvero avrebbe bisogno di apprendere, e viceversa, gli infermieri non sempre sono a conoscenza di cosa effettivamente la persona abbia bisogno di conoscere^[11]. In questo caso, si effettua una «negoiazione» tra infermiere e assistito, che ha lo scopo di realizzare un programma educativo quanto più completo^[9,12], al

fine di raggiungere outcomes di salute ottimali^[13,14,15].

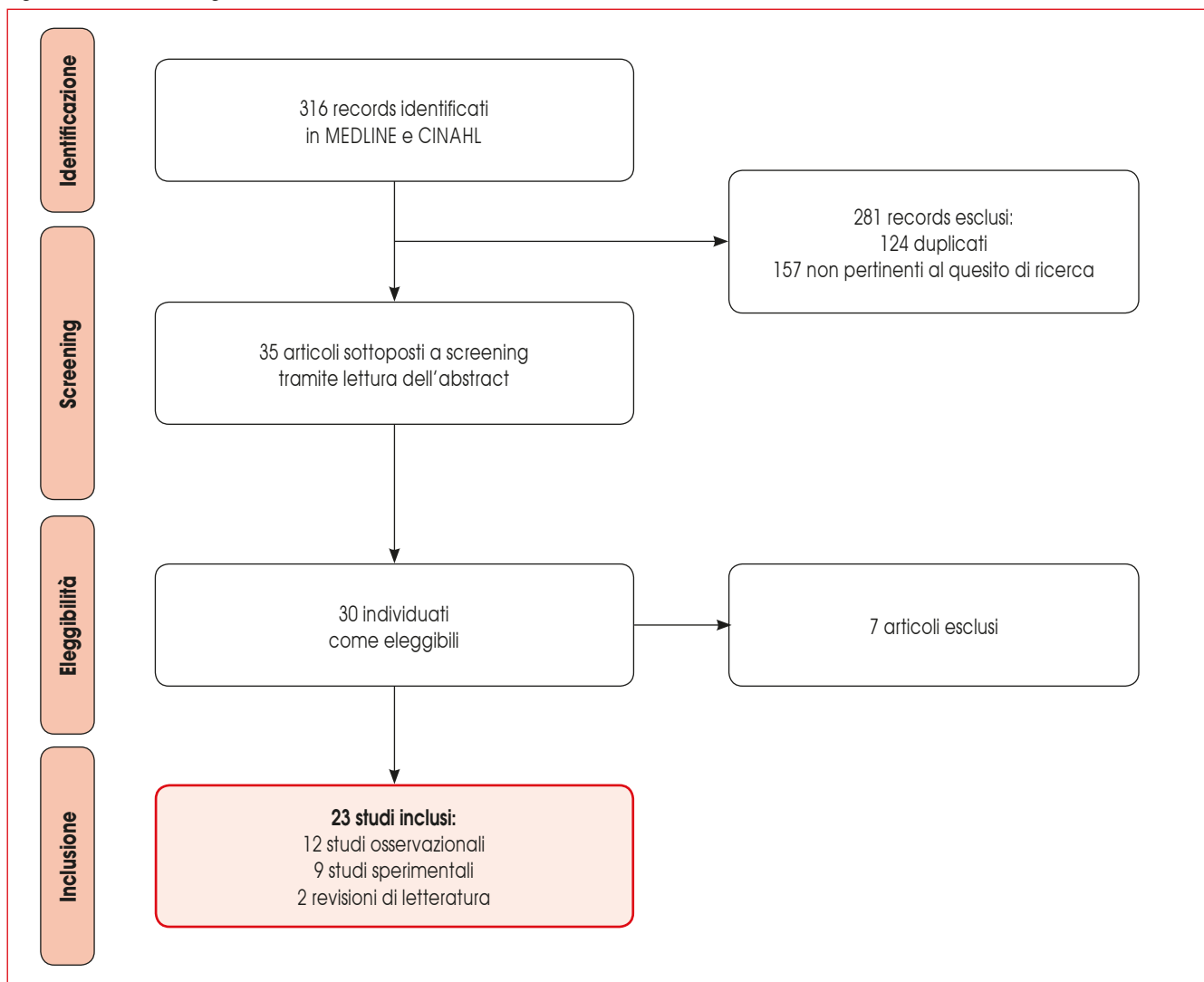
PROBLEMA

Dalle riflessioni effettuate sono emersi i seguenti quesiti, secondo la metodologia PIO (**Tabella 1**): *Quali sono le strategie infermieristiche maggiormente efficaci nel gestire il bisogno educativo nell'assistenza in fase riabilitativa dopo un intervento cardiocirurgico? Quali aspetti è necessario considerare come prioritari nell'approccio educativo al fine di permettere alla persona un rientro alla vita quotidiana sicuro ed aderente alle sue aspettative?*

MATERIALI E METODI

Per rispondere ai quesiti di ricerca, è stata condotta una ricerca bibliografica nel periodo da Marzo ad Agosto 2020 consultando le banche dati Medline (via PubMed) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), inserendo le seguenti parole chiave ed utilizzando gli operatori booleani AND e NOT: *myocardial infarction (MESH), ne-*

Figura 2. Flow chart degli articoli selezionati



eds assessment (MESH), needs, education (MESH), nursing, cardiac surgery, daily activity, learning needs.

Sono stati posti i seguenti limiti di ricerca:

- Studi degli ultimi 10 anni;
- Lingua inglese ed italiana;
- Studi riferiti alla popolazione adulta (45/74 anni).

In alcune ricerche il limite temporale è stato ridotto a 5 anni per riuscire ad ottenere materiale più aggiornato e coerente con l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e demografica della popolazione di riferimento.

La ricerca ha permesso di selezionare 23 articoli che sono stati inclusi nella revisione, dopo aver sottoposto a screening tramite lettura dell'abstract i record ottenuti: nonostante fossero stati valutati come eleggibili, 7 articoli sono stati esclusi in quanto risultati non pertinenti ai quesiti di ricerca posti (**Figura 2**).

RISULTATI

Il materiale bibliografico ha permesso di reperire le risposte ai quesiti di ricerca. Dall'analisi dei materiali e al fine di organizzare concettualmente i risultati, sono state individuate 3 tematiche principali: le strategie infermieristiche utili a riconoscere i bisogni di natura educativa; le strategie infermieristiche volte a soddisfare i suddetti bisogni; gli aspetti da tenere in considerazione nell'approccio educativo dell'assistito.

Riconoscimento e accertamento dei bisogni educativi dell'assistito

Gli assistiti che sono stati sottoposti ad un intervento cardiocirurgico a seguito di un IMA reputano estremamente importante l'educazione, specialmente durante la fase riabilitativa: se il bisogno educativo non viene riconosciuto, gestito e preso in carico, gli assistiti riportano il permanere di sentimenti quali timore e vulnerabilità che hanno un forte impatto sulla loro qualità di vita^[9].

La letteratura analizzata ha evidenziato tre principali strategie di rilevazione dei bisogni educativi della persona sottoposta ad intervento cardiocirurgico in fase riabilitativa: le interviste (il metodo maggiormente utilizzato), i questionari self-report e le scale di valutazione:

1. Interviste: uno studio esplorativo ha valutato l'efficacia della conduzione di interviste (sia di persona che telefoniche) dopo la dimissione prima di intraprendere l'iter riabilitativo; il periodo successivo alla dimissione infatti si rivela il maggiormente adatto per la rilevazione dei bisogni educativi, in quanto l'esperienza di un intervento cardiocirurgico, lo stato fisico e quello emotivo durante l'ospedalizzazione possono essere una barriera significativa nell'immediato post-operatorio^[16,17]. Le interviste possono essere strutturate anche

mediante domande aperte in merito, ad esempio, alla vita quotidiana^[18];

2. Questionari self report: in una revisione di letteratura viene utilizzato il Cardiac Patient Learning Needs Inventory (CPLNI), il quale, mediante 37 items, indaga diversi aspetti riguardanti il ritorno a domicilio. Questo strumento ha però diviso l'opinione di alcuni autori. Alcuni infatti lo reputano particolarmente efficace^[9,18], mentre altri lo ritengono poco sensibile e da implementare^[13]; accanto al CPLNI vi è il Myocardial Infarction Self-Care Ability Questionnaire (MISCAQ), somministrato congiuntamente ad alcuni quesiti demografici ed antropometrici, come ad esempio l'età, il peso, l'altezza^[19]; infine, viene anche preso in considerazione lo strumento Patient Learning Needs Scale (PLNS), realizzata nel 1990 da Bubela et al.^[20];
3. Scale di valutazione: nell'utilizzo di strumenti di valutazione per il bisogno educativo, alcuni studi hanno sperimentato delle combinazioni di più strumenti e di diverse strategie^[21] come in uno studio osservazionale, in cui si propone un approccio più ampio, che comprende scale di diversa natura quali la Health Needs Assessment (HNA), unita alla forma specifica (la Seattle Angina Questionnaire, o SAQ) e la generica (EuroQOL) della Health-related quality of life (HRQL) in merito alla definizione di salute e il suo risvolto a livello sociale e nel processo educativo della persona^[22]. In uno studio prospettico invece si suggerisce di approcciarsi alla persona inizialmente con un'intervista esplorativa strutturata alla persona, per poi procedere nell'accertamento del bisogno educativo grazie all'uso dello strumento Nursing Information and Support (NIS)^[23,24].

Strategie per la gestione del bisogno educativo

Anche per quanto riguarda le strategie di gestione dei bisogni educativi si propongono differenti modalità, a seconda della tematica su cui si prevede di realizzare l'intervento infermieristico.

La letteratura offre numerosi spunti di riflessione:

1. L'integrazione alla documentazione infermieristica già consegnata all'assistito, di uno spazio libero in cui annotare gli specifici bisogni educativi, e di conseguenza i relativi interventi e i successivi esiti^[10];
2. Un confronto «face-to-face» con l'infermiere che si sta prendendo cura di lui, anche dopo aver ricevuto il materiale informativo, e quindi, di conseguenza, un confronto di chiarimento in merito ai contenuti del materiale stesso consegna-

to^[8,16]. Trattare questi aspetti nello specifico con la persona ed associarli a del materiale scritto che possa portare con sé a domicilio dopo la dimissione è risultato essere particolarmente efficace nell'ottenimento di traguardi incoraggianti in termini di guarigione^[25];

3. Il coinvolgimento di un caregiver, se l'assistito è d'accordo; la letteratura in merito propone un programma in tre fasi, come esempio di questa modalità, della durata di quattro settimane, nel quale l'assistito è coinvolto insieme ai familiari e/o conviventi e che prevede la lettura di una brochure, anche in compagnia dei familiari, come rinforzo di quanto è stato fatto in precedenza dal punto di vista educativo in reparto^[26]; a questo segue un follow-up telefonico settimanale e delle successive sessioni educative in reparto, anche in compagnia del familiare/coniuge a sostegno^[27];
4. L'associazione tra sessioni educative in reparto, che possono coinvolgere anche il caregiver, e la stesura di un programma riabilitativo domiciliare, seguito da follow-up telefonici risulta un'altra strategia plurimodale vincente^[9].

Nel percorso educativo, inoltre, altre risorse che possono essere considerate come leve strategiche sono quelle rappresentate dagli altri componenti del team riabilitativo: l'infermiere, infatti, rappresenta il filo conduttore e colui il quale tiene le fila dei contributi educativi di cardiologi, psicologi, dietisti, fisioterapisti od altri professionisti ritenuti utili al fine di veicolare competenze utili alla persona (ed eventualmente ai caregiver) nella gestione di questa nuova fase di transizione ed adattamento^[28,29]. La mancanza di un processo educativo strutturato può infatti essere associata a complicanze come: infezioni polmonari, trombosi venosa profonda ed in particolare infezione della ferita chirurgica e riapertura dello sterno^[30].

Aspetti da tenere in considerazione nell'approccio educativo dell'assistito

I bisogni educativi nella fase riabilitativa risentono del valore intrinseco a loro attribuito dall'assistito, di fattori socio-demografici e culturali che determinano il soggettivo concetto di benessere ed il modo di affrontare il percorso, come dimostrato da diversi studi. Inoltre, proprio per la loro natura personale, spesso non vengono espressi e quindi trattati, con conseguenze anche cliniche e la possibile comparsa di complicanze^[18].

Per esempio, da alcuni studi è emerso come la persona, a seguito di un intervento cardiocirurgico, si preoccupa di poter svolgere nuovamente piccoli gesti della sua quotidianità^[10,28].

Questi aspetti, per timore di sembrare di

poco conto, non sono stati condivisi con il team assistenziale: ciò ha comportato negli assistiti il permanere di timori e di disagi correlati al loro rientro alla quotidianità^[10,18].

Gli aspetti che la letteratura enfatizza come prioritari sono:

1. L'età: i bisogni educativi variano a seconda dell'età dell'assistito^[9]. Si può affermare che le persone al di sotto dei 64 anni siano maggiormente interessate ad aspetti riguardanti ad esempio il ritorno alla guida rispetto alle fasce di età più adulte. Inoltre si riporta come durante il follow up, gli assistiti più anziani necessitano di un'educazione maggiore rispetto a quelli più giovani, ciò legato probabilmente al fatto che questi ultimi hanno maggiore accesso a risorse informative (anche online)^[22];
2. La differenza di genere: riguardo ad esempio i fattori psicosociali (quindi attività di vita quotidiane, mangiare, praticare allenamento fisico etc.), le donne necessitano di una maggiore educazione dopo un anno dall'evento rispetto agli uomini, i quali dimostrano invece di averne più bisogno entro i primi sei mesi dopo l'evento; altro aspetto può riguardare l'attività sessuale, per cui gli uomini ritengono molto importante un intervento educativo a riguardo rispetto al genere femminile. Ciò è anche legato al fatto di sentirsi maggiormente inadeguati dopo l'intervento sotto questo punto di vista rispetto alle donne^[22]. L'attività sessuale è comunque una tematica che interessa entrambi i sessi, seppur con differenze più semplicemente legate all'anatomia differente dell'uomo e della donna, che innegabilmente porta al manifestarsi di bisogni educativi differenti. Si rivela inoltre importante tenere conto anche del partner^[29]; il genere influenza l'educazione anche per quanto concerne l'interpretazione e la successiva accettazione dei contenuti dell'educazione stessa: gli uomini, anche per confermare il loro ruolo all'interno della società, tendono spesso a sottovalutare il concetto di limite, soprattutto dal punto di vista delle attività condotte, superando la linea di demarcazione tra ciò che è possibile compiere, e ciò che invece dovrebbe essere evitato, rischiando di ledere la loro salute; questo aspetto non si ritrova nelle donne^[16].
3. La presenza di un caregiver/familiare a sostegno^[9,18]; il caregiver stesso manifesti dei bisogni educativi propri, in quanto parte integrante del processo di riabilitazione e guarigione dell'assistito in seguito ad un intervento cardiocirurgico: anche se il suo ruolo differisce da quello dell'assistito, infatti, egli ne è direttamente coinvolto. Questi bisogni variano a seconda

dell'età della persona da accudire e al genere del caregiver stesso^[31].

DISCUSSIONE

Lo scopo di questa revisione è quello di individuare quali siano le migliori strategie infermieristiche atte a riconoscere e soddisfare i bisogni educativi dell'assistito cardiocirurgico in fase riabilitativa, nonché descrivere quali siano gli aspetti da considerare come prioritari nell'approccio educativo della persona, prendendo in considerazione i bisogni legati al suo rientro alla vita quotidiana e coerenti con le sue aspettative.

In merito alle strategie utili all'identificazione dei bisogni educativi, la letteratura propone diverse modalità: l'intervista risulta essere lo strumento maggiormente utilizzato, seguito dai questionari self-report, dalle scale di valutazione e da una combinazione dei differenti strumenti citati. Nell'indagine in merito ai bisogni educativi numerosi autori^[16,28,32,33] sono concordi nel considerare l'intervista, condotta face-to-face o per via telefonica, un'ottima strategia per l'indagine dei bisogni, specialmente riguardanti le attività di vita quotidiana ed il ritorno a domicilio. Inoltre, si sottolinea come l'integrazione tra un'educazione di tipo standardizzato (quindi materiale scritto, brochure), ed un colloquio personalizzato ed adattato all'assistito possa essere a pieno titolo identificabile come un gold standard nell'identificazione dei bisogni di natura educativa.

In merito ai questionari self-report, la letteratura riporta numerosi strumenti validati: un esempio è il questionario CPLNI^[9,13,18]. Altri questionari riportati in letteratura sono il MISCAQ^[19] ed il PLNS^[20] che si concentrano similmente sui bisogni di natura educativa e la cura di sé.

Per quanto concerne le scale di valutazione, la letteratura propone l'IPAQ^[34], una scala che valuta l'attività fisica.

Infine, la combinazione di differenti strumenti di valutazione si ritrova in uno studio osservazionale che utilizza una combinazione di differenti scale, la Health Needs Assessment (HNA), unita alla forma specifica (la Seattle Angina Questionnaire, o SAQ) e la generica (EuroQOL) della Health-related quality of life (HRQL)^[21]; in uno studio prospettico invece, si propone la combinazione di una intervista e successivamente l'applicazione della scala NIS^[22]; si propone infine la stesura di un diario da parte dell'assistito che precede e serve dunque ad implementare l'intervista con l'infermiere^[24].

In merito alle strategie di gestione del bisogno educativo, la letteratura offre ulteriori spunti di riflessione. Si propone ad esempio un'integrazione della documentazione infermieristica e del materiale standard che di norma viene consegnato all'assistito con spazi liberi in cui annotare gli specifici bisogni edu-

cativi della persona assistita^[10]. Diversi studi propongono un momento di confronto, preferibilmente face-to-face o per via telefonica, in seguito alla consegna del materiale standardizzato^[8,16,25]. Si è rivelato utile, inoltre, il coinvolgimento, a discrezione della persona assistita, del caregiver all'interno di un processo educativo che si sviluppa mediante un approccio in cui sono comprese sessioni educative e follow up, oltre alla consegna di materiale educativo standardizzato^[9,27].

Risulta chiaro, dunque, come un approccio multimodale sia il maggiormente adatto a rispondere alle esigenze della persona assistita, unito al coinvolgimento di figure significative per l'assistito (famiglia/caregiver), e di differenti figure professionali^[29]. Questo si può realizzare prendendo spunto dalle teoriche del nursing, come realizzato in un trial controllato e randomizzato che si rifanno alla teorica del Nursing Dorothea Orem^[14,15].

Infine, gli aspetti da tenere in considerazione nell'approccio educativo dell'assistito cardiocirurgico si sono rivelati essere:

- L'età^[9,22]: i bisogni educativi variano a seconda dell'età dell'assistito, sia dal punto di vista qualitativo (il contenuto dell'educazione), sia quantitativo (gli assistiti più anziani necessitano di maggiore educazione rispetto a quelli più giovani);
- La differenza di genere^[16,22,28,29,35]: questo aspetto evidenzia come il processo educativo vari tra uomini e donne dal punto di vista qualitativo. Le priorità stabilite dai due sessi sono differenti ed inoltre il genere influisce sull'interpretazione e l'accettazione degli interventi educativi stessi;
- La presenza di un caregiver o della famiglia a supporto dell'assistito, nonché il genere del caregiver che si rende partecipe del processo educativo nella fase riabilitativa e di guarigione^[9,18]; i bisogni educativi possono differire tra assistito e caregiver. Inoltre il caregiver manifesta dei bisogni educativi propri, che si differenziano in base al genere dello stesso e che devono essere presi in considerazione^[31,33].

CONCLUSIONI

La letteratura reperita non solo ha permesso di rispondere ai quesiti di ricerca che hanno guidato la ricerca, ma ha anche evidenziato un ulteriore aspetto: accade spesso che la guarigione fisica dall'intervento non si accompagni parimenti alla piena ripresa funzionale della persona e dunque al suo ritorno alle normali attività di vita quotidiana, quali ad esempio la ripresa del lavoro o la gestione della casa. Infatti, dalla rilevazione dei bisogni educativi riportati nella letteratura, è emerso come questi mutino considerevolmente, tanto a livello temporale, in base alla fase del percorso perioperatorio che la persona sta attraversando, quanto a livello personale: in

quest'ultimo caso, si rivelano essere determinanti il genere, l'età e la presenza di un caregiver^[9,18,31,33].

Questo si può considerare uno snodo importante nell'ambito assistenziale: ciò comporta una presa in carico globale dell'assistito che permetta di soddisfare i bisogni specifici della persona per accompagnarla ad una graduale ripresa della propria autonomia e sicurezza nell'agire quotidiano a domicilio. Perché questo si realizzi, la letteratura enfatizza la messa in atto di un'educazione che sia quanto più personalizzata e modellata sul singolo assistito al fine di renderla quanto più efficace possibile. Questo intento è realizzabile, comunque, a partire da un approccio e da modelli standardizzati che costituiscono un elemento di partenza comune per tutti i professionisti che agiscono nei diversi setting di cura^[9,18].

BIBLIOGRAFIA

- PERUGINI E, MAGGIONI AP, BOCCANELLI A, PASQUALE GD. *Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia*. 2010; 11, 12.
- Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, *Documento di Strategia*. 2017; Ministero della Salute.
- VOLPE M, TOCCI G, BATTISTONI A. *Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia. Parte prima, Inquadramento epidemiologico delle malattie cardiovascolari in Italia. Il Pensiero Scientifico Editore 2018*; downloaded by IP 151.61.74.25
- INCALZI ANTONELLI R. *Medicina interna per scienze infermieristiche*. Padova: Piccin 2012.
- SALADIN SK. *Anatomia e fisiologia*. Padova: Piccin 2011.
- VAN DE WERF F, BAX J, BETRIU A, BLOMSTROM-LUNDQVIST C, CREA F, FALK V, FILIPPATOS G, FOX K, HUBER K, KASTRATI A, ROSENGREN A, STEG PG, TUBARO M, VERHEUGT F, WEIDINGER F, WEIS M. *Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation*. Eur Heart J 2008; 29(23), 2909-45.
- GRECO C, BOVENZI FM, BERTI S, ABRIGNANI M, BEDOGNI F, CERAVOLO R, COLIVICCHI F, DE LUCA L, FAGGIANO P, FATTIROLI F, FAVRETTO G, GIANNUZZI P, MUREDDU GF, MUSUMECI G, OLIVARI Z, RICCIO C, ROSSINI R, TEMPORELLI PL. *Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche*. Il Pensiero Scientifico Editore 2016.
- VERONOVICI NR, LASIUK GC, REMPEL GR, NORRIS CM. *Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review*. Eur J Cardiovasc Nurs 2014;13(1):22-31
- GARVEY N, NOONAN B. *Providing individualized education to patients post myocardial infarction: A literature review*. Br J Card Nurs 2011; 6(2):73-9.
- DECKER C, GARAVALLA L, CHEN C, BUCHANAN DM, NUGENT K, SHIPMAN A, ET AL. *Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery*. J Cardiovasc Nurs 2007; 22(6): 459-65.
- D'IVERNOIS JF, GAGNAYRE R. *Educare il paziente, un approccio pedagogico*. Milano: McGraw-Hill 2009.
- KRUZIK N. *Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients*. AORN J 2009; 90(3): 381-7.
- TIMMINS F, KALISZER M. *Information Needs of Myocardial Infarction Patients*. Eur J Cardiovasc Nurs 2003; 9.
- MANZONI E. *Le radici e le foglie*. Rozzano (MI): Casa Editrice Ambrosiana 2016; pagg. 260-265/271-277/316-318.
- MANZONI E, LUSIGNANI M, MAZZOLENI B. *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Rozzano (MI): Casa Editrice Ambrosiana 2019.
- ASTIN F, CLOSS SJ, MCLENACHAN J, HUNTER S, PRIESTLEY C. *The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study*. Patient Educ Couns 2008;73(2): 325-32.
- SVEDLUND M, DANIELSON E. *Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction*. J Clin Nurs 2004;13(4):438-46.
- HURIANI E. *Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses*. Int J Nurs Sci 2019; 6(3): 294-9.
- MOHAMMADPOUR A, RAHMATI SHARGHI N, KHOSRAVAN S, ALAMI A, AKHOND M. *The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial*. J Clin Nurs 2015; 24(11-12): 1686-92.
- MOSLEH SM, ESHAH NF, ALMALIK MM. *Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses*. J Clin Nurs 2017; 26(3-4): 418-26.
- ASADI-LARI M, PACKHAM C, GRAY D. *Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services*. Health Qual Life Outcomes. 2003; 8.
- KATTAINEN E, MERILÄINEN P, JOKELA V. *CABG and PTCA Patients' Expectations of Informational Support in Health-Related Quality of Life Themes and Adequacy of Information in 1-Year Follow-Up*. Eur J Cardiovasc Nurs 2004; 3(2):149-63.
- KILONZO B, O'CONNELL R. *Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses: Patients' and nurses' perspectives of learning needs post-PCI*. J Clin Nurs 2011; 20(7-8): 1160-7.
- GOODMAN H. *Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery*. J Adv Nurs 1997; 25(6):1241-51.
- PETERSON JC, LINK AR, JOBE JB, WINSTON GJ, MARINA KLIMASIEWSKI E, ALLEGRIANTE JP. *Developing self-management education in coronary artery disease*. Heart Lung 2014; 43(2): 133-9.
- WANG W, THOMPSON DR, CHOW A, KOWITLAWAKUL Y. *An education booklet to aid cardiac patients' recovery at home: An education booklet to aid patients' recovery*. Int Nurs Rev 2014; 61(2): 290-4.
- WANG W, JIANG Y, HE H-G, KOH KWL. *A randomised controlled trial on the effectiveness of a home-based self-management programme for community-dwelling patients with myocardial infarction*. Eur J Cardiovasc Nurs 2016; 15(6): 398-408.
- WIESLANDER I, MÄRTENSSON J, FRIDLUND B, SVEDBERG P. *Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care*. Int J Qual Stud Health Well-being 2016; 11(1).
- STEINKE EE, JAARMA T, BARNASON SA, BYRNE M, DOHERTY S, DOUGHERTY CM, ET AL. *Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners*. Eur Heart J 2013; 34(41): 3217-35.
- KALOGIANNI A, ALMPANI P, VASTARDIS L, BALTOPOULOS G, CHARITOS C, BROKALAKI H. *Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?* Eur J Cardiovasc Nurs 2016; 15(6): 447-58.
- HALM MA. *Age and gender influences on the needs, concerns and strategies of CABG caregivers*. Heart Lung 2017; 46(3):159-65.
- LEEGAARD M, RUSTØEN T, FAGERMOEN MS. *Interference of Postoperative Pain on Women's Daily Life after Early Discharge from Cardiac Surgery*. Pain Manag Nurs 2010; 11(2): 99-107.
- SVEDLUND M, DANIELSON E. *Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction*. J Clin Nurs 2004;13(4):438-46.
- UYSAL H, OZCAN S. *The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction: Physical capacity after heart attack*. International J Nurs Pract 2015; 21(1):18-28.
- MINGES KE, STRAIT KM, OWEN N, DUNSTAN DW, CAMHI SM, LICHTMAN J, ET AL. *Gender differences in physical activity following acute myocardial infarction in adults: A prospective, observational study*. Eur J Prev Card 2017; 24(2): 192-203.