



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA
GESTIONE DEL PAZIENTE CON
SCOMPENSO CARDIACO CRONICO OVER
65 ANNI: UNA RICERCA BIBLIOGRAFICA.**

**THE ROLE OF THE NURSE IN THE
MANAGEMENT OF PATIENTS OVER 65
WITH CHRONIC HEART FAILURE: A
BIBLIOGRAPHIC RESEARCH.**

Relatore:
**Dott.ssa CARLA
LUCERTINI**

Tesi di Laurea di:
CAMILLA PANDOLFI

A.A. 2024 - 2025

*In memoria di mio nonno, Erminio,
il guerriero che mi ha insegnato a lottare e
a non arrendermi mai.
Nonostante le dure prove e gli ostacoli
che la vita ci ha posto davanti,
abbiamo sempre proseguito insieme,
senza vacillare e a testa alta.
A te, che sento ancora al mio fianco in ogni passo.
Questo traguardo è nostro.*

INDICE

1. Introduzione	1
2. Materiali e metodi	7
3. Risultati	10
4. Discussione	27
5. Limiti	39
6. Conclusioni	40
7. Considerazioni etiche.....	44
8. Implicazioni per la pratica clinica.....	47
Bibliografia e Sitografia	

ABSTRACT

BACKGROUND

Lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) è una sindrome complessa che riduce la capacità del cuore di irrorare gli organi, causando sintomi come dispnea, astenia ed edemi. Negli over 65, rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione, con un forte impatto sociale e clinico.

OBIETTIVI E METODOLOGIA

L'elaborato analizza il ruolo dell'infermiere domiciliare nella gestione dei pazienti over 65 anni con SCC. Utilizzando il modello PIO (Popolazione, Intervento, Outcome), la ricerca ha consultato la banca dati internazionale (PubMed) e normative della Regione Marche per identificare diagnosi infermieristiche, bisogni emergenti e piani assistenziali personalizzati.

RISULTATI PRINCIPALI

L'intervento infermieristico sul territorio si è dimostrato cruciale per:

- Ridurre le riospedalizzazioni e prevenire le riacutizzazioni.
- Migliorare l'aderenza terapeutica e l'autogestione della malattia.
- Fornire educazione terapeutica e supporto psicosociale, specialmente in assenza di un caregiver.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Nonostante criticità come la frammentazione dei servizi, l'assistenza domiciliare resta un pilastro fondamentale. Lo studio evidenzia l'importanza del telemonitoraggio, della formazione avanzata e della valutazione per tecnologie come il VAD (Ventricular Assist Device). In conclusione, un modello assistenziale integrato e personalizzato è indispensabile per migliorare la qualità di vita dei pazienti fragili e ottimizzare le risorse del Sistema Sanitario.

1. INTRODUZIONE

Lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) è attualmente una delle maggiori sfide per i sistemi sanitari e per i professionisti sanitari, interessando prevalentemente i pazienti con età superiore ai 65 anni e caratterizzato da un'incapacità del cuore di fornire una perfusione adeguata alle necessità metaboliche. Si associa a elevata mortalità, frequenti riospedalizzazioni e scadimento della qualità della vita. In un quadro epidemiologico in cui è sempre più rilevante l'invecchiamento e la prevalenza delle patologie croniche, la gestione del paziente con SCC necessita di attenta pianificazione. Un punto di riferimento essenziale nell'assistenza ai pazienti più fragili è il caregiver, la cui presenza appare determinante negli esiti clinici e nella qualità della vita, per i quali viene sempre più auspicato l'intervento dell'infermiere.

La gestione dello SCC implica la gestione farmacologica, la gestione delle comorbilità, il supporto psicosociale e la gestione dell'autocura, nella quale il coinvolgimento del caregiver e dell'infermiere potrebbe agire sia sull'aderenza che nella prevenzione delle riospedalizzazioni, con un beneficio sui sintomi percepiti e sul benessere del paziente. La letteratura evidenzia, da un lato, l'importanza della presenza del caregiver nel migliorare l'aderenza, ridurre le riospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita. Dall'altro, l'incremento del carico assistenziale e la carenza di adeguata formazione possono compromettere la capacità di erogare un'adeguata assistenza. L'infermiere ricopre un ruolo centrale nell'educazione, nel monitoraggio domiciliare, nella gestione olistica del paziente con SCC e nel supportare il caregiver in un percorso di presa in carico domiciliare che va oltre il singolo evento. Vi è necessità di valutare comparativamente l'esito clinico tra i pazienti con e senza caregiver e il valore aggiunto della presa in carico domiciliare e sul territorio da parte dell'infermiere.

La presente tesi, effettuata tramite una ricerca bibliografica strutturata secondo la metodologia PIO (Population, Intervention, Outcome), valuta esiti clinici ed interventi sanitari applicati a pazienti over 65 anni con SCC con la presenza o l'assenza del caregiver, con attenzione al ruolo dell'infermiere, sia in riferimento all'assistenza fornita

direttamente al paziente, sia in relazione alle strategie di formazione e potenziamento del caregiver. Sono state utilizzate evidenze prodotte nella letteratura internazionale e nazionale, sono state consultate le linee guida disponibili, le normative regionali della Regione Marche ed è stata effettuata una sintesi delle migliori pratiche esistenti in ambito nazionale. Inoltre, è stata prestata particolare attenzione agli interventi e ai piani assistenziali infermieristici domiciliari, alle criticità di natura psicosociale, al modello organizzativo regionale ed alle terapie di ultima generazione, come il VAD (VAD: Ventricular Assistance Device, dispositivo di assistenza ventricolare) utilizzato per pazienti selezionati.

L'indagine mira a stabilire se esistano differenze in termini di esiti clinici (mortalità, riospedalizzazione, autonomia funzionale) e in termini di qualità di vita tra pazienti con più di 65 anni con SCC con caregiver rispetto a quelli senza caregiver. Vengono valutate, inoltre, le differenze negli esiti qualora sia presente anche un intervento strutturato da parte dell'infermiere. Dalla valutazione delle evidenze prodotte emerge una ricca letteratura sull'assistenza a questi pazienti, ma in particolare sulla valutazione comparativa di esiti e strategie di integrazione tra infermiere e caregiver nella Regione Marche.

L'elaborato si articola con una parte introduttiva sui concetti e il contesto di riferimento dello studio, a seguire viene esposta la metodologia adottata e la selezione delle fonti, sono quindi presentati i risultati, in relazione agli esiti clinici e alla qualità della vita del paziente, nonché al ruolo dell'infermiere, si prosegue con la parte della discussione in relazione alle implicazioni che questo tema solleva nel contesto assistenziale e nella realtà regionale, le conclusioni riassumono i principali risultati del lavoro, gli spunti per le ricerche future e le riflessioni personali del candidato.

Il presente elaborato nasce dall'interesse di approfondire le differenze negli outcome clinici e di qualità della vita nei pazienti over 65 con SCC assistiti da caregiver rispetto a quelli senza caregiver, e il ruolo dell'infermiere nella gestione di questi pazienti. La valutazione della formulazione degli obiettivi richiede un'analisi dettagliata delle variabili associate agli outcome clinici. Questi includono la mortalità, le

riospedalizzazioni e l'autonomia funzionale. È stato dimostrato da Naylor, M. D. (2004) che il caregiver migliora significativamente la gestione domiciliare dei pazienti con SCC, diminuendo la mortalità e il numero di riospedalizzazioni a lungo termine. Questo è dovuto alla sua capacità di facilitare l'aderenza terapeutica, monitorare lo stato clinico quotidiano e intervenire rapidamente nel caso di insorgenza di segnali di allarme. Tuttavia, bisogna tenere presente che l'effetto del caregiver si estende principalmente nel tempo, come si evince dalla diminuzione delle riospedalizzazioni a 12 mesi registrata dai programmi integrati di Naylor, M. D. (2004), a fronte dell'incremento di ospedalizzazioni totali a 6 mesi e 12 mesi. Pertanto, è importante identificare le finestre temporali nelle quali l'intervento del caregiver risulta più influente sugli esiti. Inoltre, bisogna valutare la formulazione degli obiettivi inerenti la qualità della vita attraverso le scale di misurazione appropriate, considerando il benessere psicologico, la soddisfazione in relazione alla vita quotidiana e alle relazioni sociali (Pi, H.-Y., 2016). L'esame approfondito di questi parametri permette di avere un quadro più completo della qualità della vita dei pazienti, valutando le implicazioni psicologiche e sociali della malattia. La successiva proposta per la personalizzazione dei piani assistenziali e per l'ottimizzazione della gestione domiciliare risulterà, quindi, più pertinente e centrata sul paziente.

In merito al ruolo dell'infermiere nella gestione dello SCC, questo è cruciale per la gestione integrata dei pazienti. Ad esempio, le attività infermieristiche di educazione, follow-up domiciliare e supporto emotivo (Cappannelli, S., 2022) migliorano l'efficacia farmacologica e riducono le riospedalizzazioni. È importante valutare la formulazione degli obiettivi, anche a lungo termine, inerenti l'integrazione dell'attività di assistenza infermieristica alla terapia farmacologica, sia intraospedaliera che extraospedaliera. L'infermiere segue, con cadenza regolare, i parametri vitali dei pazienti con SCC e interviene rapidamente in presenza di cambiamento clinico. In merito all'attività infermieristica intraospedaliera, è possibile considerare una migliore formulazione degli obiettivi di valutazione e implementazione del processo di dimissione infermieristico, inclusi interventi di promozione di self-care, responsabilizzazione del paziente e del caregiver nella gestione dei sintomi, interventi personalizzati per un corretto regime farmacologico e dietetico e per l'aderenza ai farmaci prescritti. L'introduzione degli ambulatori infermieristici per la gestione del paziente cronico e/o con SCC si associa a

una riduzione degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, ma anche a un aumento della sopravvivenza (Cappannelli, S., 2022). Questo sottolinea l'importanza dell'assistenza e della personalizzazione del supporto infermieristico intraospedaliero nella gestione ambulatoriale e domiciliare dello SCC.

L'implementazione di protocolli di formazione rivolti ai caregiver, associati ad attività di supporto e counseling, potrebbe diminuire lo stress ed il burn-out legati al loro ruolo. In particolare, la valutazione della formulazione di obiettivi per la sostenibilità del caregiver merita un approfondimento al fine di ridurre i sintomi di burn-out, incrementando la salute fisica e mentale e, per di più, di migliorare la qualità delle cure al paziente con SCC.

Inoltre, l'assistenza infermieristica alla popolazione anziana e la promozione della domiciliarità si sono rivelate fondamentali per la riduzione delle riospedalizzazioni e per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da SCC. A tal riguardo, il sistema socio-sanitario della Regione Marche tende a incentivare la domiciliarità attraverso un'offerta di servizi di assistenza infermieristica sia integrativa che sostitutiva, tra i quali la fornitura di teleassistenza (Tozzi, V., 2020). Nondimeno, le normative regionali presentano margini di miglioramento al fine di un'adeguata copertura della popolazione anziana con SCC e delle famiglie interessate, garantendo una migliore connessione tra ospedale e territorio. L'analisi di Nocelli, F. M. (2021) dimostra l'attenzione che le politiche regionali si pongono verso la multidisciplinarietà e la responsabilizzazione dell'assistenza infermieristica integrata all'interno della cura e dell'assistenza dell'anziano. Considerando che, in linea generale, le tendenze di queste politiche mirano, entro i prossimi anni, ad una presa in carico sempre più completa di tali pazienti, è importante valutare l'implementazione del livello raggiunto in Regione e il possibile impatto dei limiti regionali che possono condizionare il raggiungimento degli obiettivi posti in essere dagli interventi infermieristici in sinergia con altre professioni sanitarie. I risultati di Tozzi, V. (2020) indicano la necessità di individuare nuove figure infermieristiche specializzate nel follow-up domiciliare al fine di migliorare l'assistenza allo SCC nel lungo termine. Sarebbe dunque interessante valutare quali figure professionali sanitarie andrebbero implementate, specialmente in merito al personale infermieristico di famiglia, e se vi siano o meno protocolli di collaborazione tra specialisti

e medici di famiglia in accordo con le più recenti linee guida nazionali (Tozzi, V., 2020). Dunque, lo studio della realtà assistenziale nella Regione Marche suggerirà punti di forza e di debolezza in merito all'erogazione dell'assistenza infermieristica domiciliare a pazienti over 65 affetti da SCC.

Lo studio delle linee guida ESC mostra come l'uso di sacubitril/valsartan, ACE-inibitori, ARB, betabloccanti, diuretici ed inibitori SGLT2 diminuisca la mortalità e/o le ospedalizzazioni. La sinergia della formazione e del supporto del caregiver e dell'infermiere che implementa ed integra un piano di gestione con interventi educativi, di follow-up e di supporto emotivo al paziente può migliorare la terapia farmacologica e non farmacologica prescritta dal cardiologo (Cappannelli, S., 2022) e le outcome cliniche del paziente (Naylor, M. D., 2004). In relazione al peggioramento dei livelli di autonomia in merito alla riospedalizzazione (Cappannelli, S., 2022) ed al miglioramento dello stress psicosociale tramite supporto sociale, la sinergia tra la presenza del caregiver e la qualità dell'intervento infermieristico (Tozzi, V., 2020) può migliorare anche l'isolamento sociale, diminuire la disabilità e la depressione del paziente, ma anche del caregiver (Naylor, M. D., 2004). Sarebbe utile valutare il grado di empowerment del caregiver ed il coordinamento degli altri attori che intervengono nella gestione del paziente con SCC (Nocelli, F. M., 2021) e, in linea generale, per individuare se e quando entrambi sono più rilevanti ed efficaci nel percorso di cura. Questi studi hanno dimostrato che sia il caregiver che l'infermiere sono un valido ed efficace supporto di gestione clinica integrata ai pazienti con SCC ed al loro caregiver (Tozzi, V., 2020; Cappannelli, S., 2022), a patto che entrambi siano inseriti e supportati in percorsi educativi specifici (Naylor, M. D., 2004) e tramite l'implementazione di monitoraggi ad alto contenuto tecnologico, quali la telemedicina e la teleassistenza (Nocelli, F. M. 2021).

L'analisi delle linee guida per la gestione dello SCC negli anziani necessita di un approfondimento mirato al profilo clinico di questa categoria di pazienti. Quest'ultima tende ad avere un quadro di comorbilità, multicronicità e patologie cardiovascolari. Pertanto, l'applicazione delle raccomandazioni delle linee guida più recenti per lo SCC è indispensabile al fine di personalizzare il trattamento, non solo farmacologico, ma anche in merito al monitoraggio di insufficienza renale e cognitiva, di fragilità e di sindromi

associate all'età avanzata, e questo poiché nei pazienti più anziani è maggiore l'incidenza di eventi avversi (Belfiori, M., 2024). A tal proposito, il paziente over 65 affetto da SCC rispetto a un paziente più giovane, a parità di classe funzionale, evidenzia in fase post acuta una maggior incidenza di riospedalizzazione e un significativo deterioramento funzionale, con perdita dell'autonomia. È quindi importante identificare quali tra le terapie raccomandate risultano le più appropriate, efficaci e sostenibili per la gestione domiciliare, e questo al fine di ottenere migliori outcome, soprattutto in relazione alle capacità e alle risorse disponibili.

La presente tesi si propone di delineare strategie operative per ottimizzare tale gestione domiciliare nella realtà regionale e nazionale.

2. MATERIALI E METODI

- DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio si configura come una ricerca bibliografica, volta a individuare e analizzare le migliori evidenze disponibili nella letteratura scientifica ed è stata realizzata seguendo le linee guida internazionali PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), finalizzata a valutare l'impatto sinergico tra l'intervento infermieristico e il supporto del caregiver.

- VARIABILE OSSERVATA

L'indagine si è focalizzata sull'analisi di specifiche variabili assistenziali, orientando l'attenzione verso gli interventi infermieristici domiciliari, le strategie di monitoraggio clinico e l'impatto dell'educazione terapeutica sulla capacità di autogestione (self-care) dell'assistito con diagnosi di SCC.

- POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

Il target della ricerca bibliografica è rappresentato dalla popolazione geriatrica, specificamente identificata in soggetti di età pari e superiore ai 65 anni con diagnosi di SCC. Tale scelta risponde alla necessità di approfondire la gestione di una fascia di utenza caratterizzata da elevata fragilità e complessità clinica. All'interno di questo gruppo, particolare attenzione è rivolta a coloro che sono candidati o già portatori di VAD, una categoria che richiede una gestione assistenziale di alta complessità.

Accanto ai pazienti, lo studio considera come parte integrante della popolazione i caregiver, distinguendo tra figure informali, come familiari, amici o volontari che offrono supporto quotidiano e figure formali, ovvero professionisti del settore sanitario.

Infine, l'analisi si stringe su un campione specifico relativo alla Regione Marche, osservando lo stato attuale e le prospettive della copertura assistenziale dedicata alla popolazione anziana sul territorio.

- PERIODO DI RIFERIMENTO

L'attività di ricerca, raccolta dati e analisi della bibliografia è stata condotta nel periodo compreso tra Gennaio 2026 e Marzo 2026 utilizzando le evidenze reperibili nella banca dati PubMed.

- STRUMENTI

La ricerca è stata effettuata consultando la principale banca dati scientifica internazionale PubMed. Sono stati inoltre consultati documenti ufficiali della Regione Marche, linee guida ESC (European Society of Cardiology) e AHA (American Heart Association).

- PAROLE CHIAVE

La strategia di ricerca è stata costruita mediante l'impiego di parole chiave e descrittori MeSH (Medical Subject Headings), tra cui: Scompenso cardiaco cronico (Chronic Heart Failure), Anziani (Aged, 65 and Over), Caregiver, Assistenza infermieristica domiciliare (Home Care Nursing). Tali termini sono stati combinati attraverso l'uso di operatori booleani (AND,OR) per affinare la precisione dei risultati.

- ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso un processo di ricerca bibliografica, seguendo le linee guida del modello PRISMA, al fine di garantire la trasparenza e la riproducibilità della ricerca.

Il percorso metodologico è stato riassunto e strutturato attraverso un rigoroso Selection Process, rappresentato graficamente mediante un diagramma di flusso. Questo strumento ha permesso di tracciare analiticamente il percorso che conduce dai records individuati (n=628) nella banca dati fino alla determinazione dei records inclusi nella ricerca bibliografica (n=10), i quali costituiscono il nucleo centrale dell'analisi qualitativa e della discussione dei risultati presentati in questa tesi.

- CRITERI DI INCLUSIONE

Al fine di garantire la pertinenza e la solidità scientifica della ricerca bibliografica, la selezione del materiale documentale è stata guidata da rigorosi criteri di eleggibilità. Nello specifico, sono stati inclusi nell'analisi gli studi pubblicati in un arco temporale compreso tra il 2002 e il 2026; tale finestra temporale, estesa agli ultimi 24 anni, è stata definita per permettere una disamina esaustiva dell'evoluzione dei modelli assistenziali, garantendo al contempo l'attualità delle evidenze prodotte.

Sotto il profilo clinico e demografico, l'indagine si è focalizzata esclusivamente su studi inerenti alla popolazione geriatrica di età pari o superiore ai 65 anni, con un interesse specifico per le ricerche riguardanti gli interventi infermieristici erogati nel setting domiciliare e territoriale. Infine, per assicurare l'accuratezza nell'interpretazione dei dati e l'accesso alle fonti primarie di rilievo internazionale, sono state prese in considerazione unicamente le pubblicazioni redatte in lingua italiana e inglese.

- CRITERI DI ESCLUSIONE

Parallelamente alla definizione dei criteri di inclusione, sono stati stabiliti rigorosi criteri di esclusione al fine di circoscrivere il campo di indagine e preservare la specificità dell'analisi. In primo luogo, sono stati esclusi dalla ricerca bibliografica tutti gli articoli incentrati esclusivamente sulla gestione dello scompenso cardiaco in fase acuta o in ambito ospedaliero, poiché l'obiettivo primario dell'elaborato risiede nell'approfondimento dell'assistenza territoriale e domiciliare. Coerentemente con il target demografico prestabilito, sono stati esclusi gli studi condotti su popolazioni di età inferiore ai 65 anni.

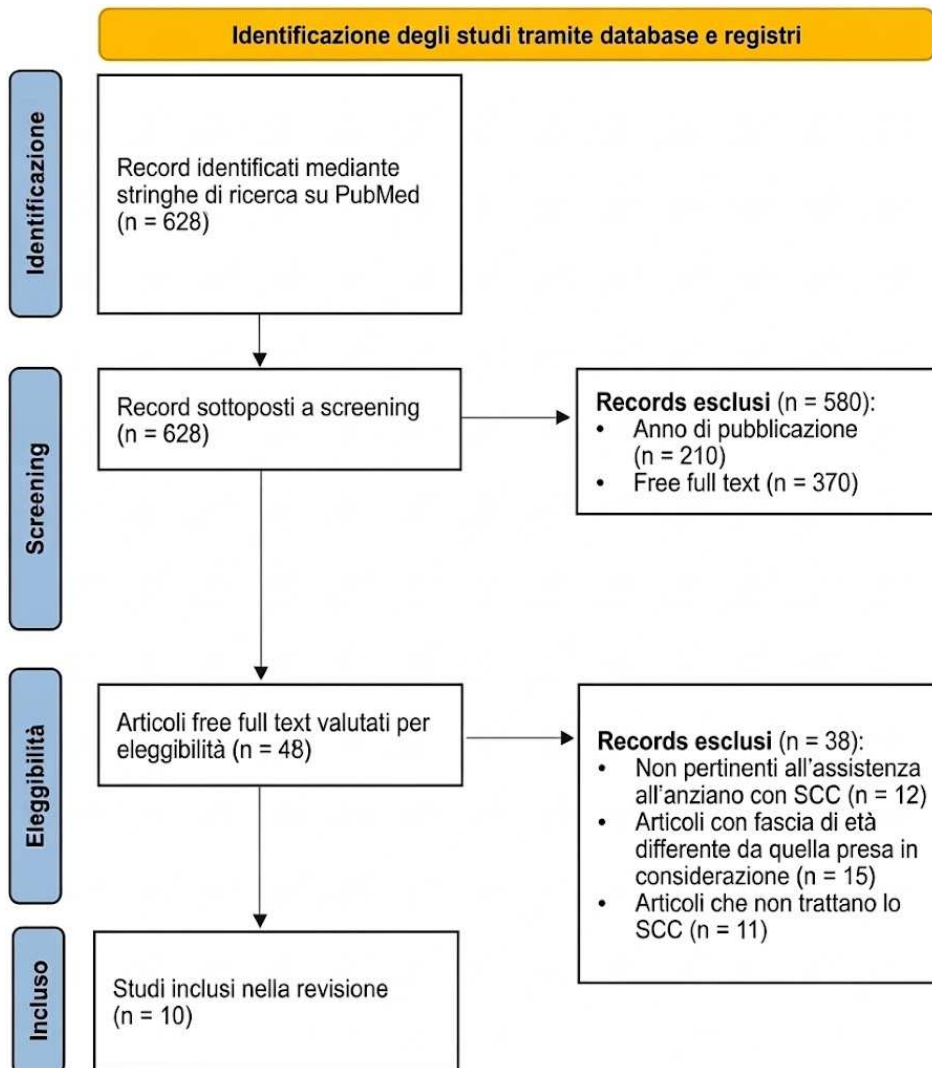
Sotto il profilo metodologico e delle qualità delle fonti, l'indagine ha escluso gli articoli privi di abstract o di cui non fosse possibile reperire la versione gratuita integrale (free full-text), rendendo così impossibile una valutazione critica ed esaustiva dei contenuti. Infine, per quanto concerne la validità scientifica delle prove, si è scelto di non considerare la cosiddetta letteratura grigia qualora priva di un processo di revisione paritaria (peer-review); fatta eccezione per linee guida ufficiali delle società scientifiche e le normative regionali, ritenute documenti essenziali per inquadrare correttamente il contesto assistenziale e legislativo di riferimento.

3. RISULTATI

- SELECTION PROCESS

Il processo di identificazione, screening, eleggibilità ed inclusione degli studi è riportato sinteticamente nello schema PRISMA (Fig. 1).

Figura 1. Diagramma di flusso PRISMA per l'identificazione e la selezione degli studi inclusi.



- SINTESI DEI RISULTATI

Dall'analisi della letteratura emerge con chiarezza come un approccio integrato produca risultati significativi nella gestione della cronicità, agendo su più fronti.

1. Aderenza e Prevenzione delle Complicanze

L'impatto del caregiver si riflette direttamente sulla capacità del paziente di seguire le prescrizioni. Il supporto familiare aumenta drasticamente l'esecuzione delle raccomandazioni mediche: basti pensare che, in assenza di un caregiver, oltre l'80% dei pazienti non riesce a rispettare la riduzione dell'assunzione di sodio, esponendosi a un elevato rischio di scompenso refrattario (Pi, H.-Y., et al., 2016). Inoltre, la presenza di una figura di supporto facilita il riconoscimento precoce dei sintomi di peggioramento, permettendo interventi tempestivi che evitano riospedalizzazioni superflue.

2. Efficacia degli Interventi Infermieristici

L'infermiere si conferma il cardine della continuità assistenziale. I dati dimostrano che l'introduzione del Case Management e di un continuum di cura casa-ospedale portano a una netta diminuzione dei ricoveri: si osserva una riduzione del 34% a 12 mesi e del 18% a 6 mesi (Frassini, S., et al., 2015). Anche il semplice monitoraggio telefonico, basato su interviste standardizzate, si è rivelato uno strumento potente per responsabilizzare gli attori coinvolti e monitorare l'autocura (Frassini, S., et al., 2015). A questi si aggiunge il telemonitoraggio domiciliare, che permette di tenere sotto controllo costante i parametri vitali e garantisce una comunicazione immediata con il team curante, riducendo i ricoveri non programmati nei pazienti ad alto rischio (Radini, D., et al., 2021).

3. Qualità della Vita e Fattori Critici

Oltre agli esiti clinici, il supporto del caregiver incide profondamente sul benessere psicosociale, migliorando la qualità della vita percepita e spezzando il circolo dell'isolamento (McHorney, C. A., et al., 2021). Tuttavia, i risultati evidenziano anche un elemento di vulnerabilità: lo stress del caregiver può inficiarne l'efficacia assistenziale. Per questo, la resilienza e una formazione specifica sono considerate fattori determinanti per il successo a lungo termine. In ultima analisi, emerge con forza il tema della sinergia di rete: l'assenza di coordinamento tra infermiere, caregiver e strutture di follow-up rende la gestione

del paziente fragile meno efficace e aumenta il rischio di un pericoloso sovraccarico assistenziale (Frassini, S., 2015).

La seguente tabella rappresenta una sintesi degli studi presi in considerazione per la ricerca (Tab. 1).

Tabella 1. Sintesi degli studi.

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
The impact of heart failure on patients and caregivers: A qualitative study.	2021	McHorney, C. A., Mansukhani, S. G., Anatchkova, M., Taylor, N., Wirtz, H. S., Abbasi, S., Battle, L., Desai, N. R., & Globe, G.	Studio qualitativo	Questo studio esplora l'impatto profondo e multidimensionale dello SCC sulla vita quotidiana sia dei pazienti che dei loro caregiver. Per i pazienti la patologia causa gravi limitazioni fisiche, perdita di autonomia e un significativo declino della salute mentale (ansia, depressione e isolamento sociale). I caregiver sperimentano un elevato carico emotivo e pratico, con ripercussioni sulla propria vita sociale e professionale a causa delle costanti responsabilità assistenziali. Emerge una difficoltà comune nel riconoscere i

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>sintomi e nel gestire regimi terapeutici complessi, spesso complicata da una comunicazione non sempre efficace con il personale sanitario. Lo studio evidenzia la necessità di un approccio terapeutico più olistico, che non si limiti al trattamento clinico ma offra un supporto psicologico e pratico strutturato a tutto il nucleo paziente-caregiver.</p>
<p>Pazienti affetti da scompenso cardiaco: il ruolo del caregiver nel self-care management.</p>	<p>2024</p>	<p>Trombetta, A., & Ruggiero, F.</p>	<p>Studio qualitativo-descrittivo</p>	<p>Questo studio indaga il ruolo dei caregiver informali nel supporto al self-care management (gestione dei sintomi) di pazienti affetti da SCC in tre province del centro-sud Italia.</p> <p>I caregiver sono principalmente donne (77%), coniugate, con un'età media di circa 53 anni, che assistono</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>genitori o coniugi, che intervengono attivamente nel monitoraggio dei sintomi e nell'attuazione di decisioni terapeutiche (es. modifica della dieta, riposo, assunzione di farmaci), agendo come una "estensione" del paziente. Il supporto del caregiver è fondamentale per migliorare gli esiti clinici e ridurre le ospedalizzazioni, ma emerge la necessità di una maggiore preparazione e formazione per queste figure. Lo studio suggerisce l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia per valorizzare il ruolo del caregiver e migliorare l'autonomia nella</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				gestione domiciliare della patologia.
Health coaching improves outcomes of informal caregivers of adults with chronic heart failure: A randomized controlled trial.	2024	Riegel, B., Quinn, R., Hirschman, K. B., Thomas, G., Ashare, R., Stawnychy, M. A., Bowles D, K. H., Aryal, S., & Wald, J. W.	Trial clinico randomizzato	Questo studio valuta l'efficacia di un intervento di health coaching virtuale per migliorare il benessere dei caregiver informali di pazienti con SCC. 250 caregiver sono stati divisi in due gruppi; entrambi hanno ricevuto un tablet con informazioni sulla malattia, ma solo metà ha partecipato a 10 sessioni di supporto sincrono con un coach esperto per 6 mesi. Il gruppo sottoposto a coaching ha mostrato miglioramenti significativi rispetto al gruppo di controllo in termini di: self-care, ossia una maggiore capacità del caregiver di prendersi cura della propria salute; gestione dello stress con una riduzione dello stress

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>percepito; una migliore capacità di affrontare le difficoltà legate all'assistenza.</p> <p>Nonostante i benefici psicologici e comportamentali, non sono state rilevate differenze significative nello stato di salute fisica generale tra i due gruppi. In conclusione, quindi, il coaching virtuale è uno strumento efficace per supportare i caregiver, aiutandoli a gestire meglio il carico emotivo e fisico derivante dall'assistenza continuativa.</p>
<p>The Right Ventricular Failure Risk Score: A Pre-Operative Tool for Assessing the Risk of Right Ventricular Failure in Left</p>	<p>2008</p>	<p>Matthews, J. C., Koelling, T. M., Pagani, F. D., & Aaronson, K. D.</p>	<p>Studio di coorte con analisi retrospettiva</p>	<p>Questo studio ha sviluppato il Right Ventricular Failure Risk Score (RVFRS), uno strumento pre-operatorio per identificare il rischio di insufficienza Ventricolare Destra</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
Ventricular Assist Device Candidates.				<p>(RV) nei pazienti candidati all'impianto di un Dispositivo di Assistenza Ventricolare Sinistra (LVAD). Il sistema si basa su quattro variabili cliniche indipendenti rilevate prima dell'intervento: necessità di vasopressori (4 punti); creatinina $\geq 2,3$ mg/dl (3 punti); bilirubina $\geq 2,0$ mg/dl (2,5 punti); AST ≥ 80 IU/l (2 punti). Un punteggio $\geq 5,5$ indica un rischio significativamente più alto di insufficienza ventricolare destra (7,6 volte superiore rispetto a punteggi $\leq 3,0$) e una minore sopravvivenza a 180 giorni (66% vs 90%). L'RVFERS si è dimostrato superiore ad altri indicatori emodinamici o ecocardiografici comunemente usati per</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				prevedere complicanze post-operatorie e mortalità.
Nursing care in old patients with heart failure: current status and future perspectives	2016	Pi, H.-Y., & Hu, X.	Studio prospettico	L'articolo analizza l'evoluzione e l'importanza dell'assistenza infermieristica nella gestione dei pazienti anziani con SCC. Sottolinea l'importanza del monitoraggio dei segni vitali, della gestione della terapia farmacologica (aderenza) e dell'educazione alimentare (restrizione di sodio e liquidi). Evidenzia come un passaggio strutturato dall'ospedale al domicilio, guidato da infermieri, riduca drasticamente le riospedalizzazioni e i costi sanitari. Lo studio conferma che un'assistenza infermieristica multidisciplinare,

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				focalizzata sull'educazione al self-care e sulla continuità assistenziale, migliora la prognosi e la qualità della vita del paziente anziano con SC.
Case management infermieristico del paziente con scompenso cardiaco: follow-up telefonico per la riduzione dei ricoveri ripetuti	2015	Frassini, S., & Bernabucci, M.	Revisioni sistematiche con o senza meta -analisi, RCT	L'articolo analizza l'efficacia degli interventi post-dimissione per contrastare il fenomeno della "porta girevole" (riospedalizzazioni frequenti). Lo SCC è la prima causa di ricovero sopra i 65 anni in Italia. La dimissione precoce e la scarsa assistenza territoriale causano frequenti ricoveri ripetuti. Ha come obiettivo quello di valutare se il contatto telefonico costante possa migliorare l'aderenza terapeutica, favorire il self-care e identificare precocemente i segni di instabilità clinica. Il

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>monitoraggio telefonico si dimostra uno strumento efficace e a basso costo per ridurre i tassi di riammissione ospedaliera e migliorare la qualità della vita, garantendo la continuità delle cure tra ospedale e domicilio.</p>
<p>Efficacia delle cure integrate socio-sanitarie supportate dal telemonitoraggio domiciliare nello scompenso cardiaco: il progetto europeo SmartCare in Friuli Venezia Giulia</p>	<p>2021</p>	<p>Radini, D., Apuzzo, G., Pellizzari, M., Canciani, L., & Altomare, O.</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Questo articolo illustra i risultati del progetto europeo SmartCare condotto in Friuli Venezia Giulia, focalizzato sull'efficacia delle cure integrate supportate dal telemonitoraggio per pazienti con malattie croniche, in particolare lo SCC. L'obiettivo è quello di valutare se l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, potenziata da strumenti tecnologici, possa migliorare la gestione dei pazienti fragili e</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>ridurre il ricorso all'ospedale.</p> <p>Si è registrato un aumento programmato dei contatti telefonici e degli accessi domiciliari infermieristici, segno di una presa in carico più attiva. Il modello SmartCare si è dimostrato sostenibile ed efficace nel ridurre l'ospedalizzazione dei pazienti complessi, migliorando la continuità assistenziale attraverso la tecnologia.</p>
<p>DGR n. 1121 “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Scompenso Cardiaco sul territorio marchigiano”</p>	<p>2021</p>	<p>Nocelli, F. M., & Acquaroli, F.</p>	<p>Delibera della Giunta Regionale, documento normativo, sanitario regionale</p>	<p>La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1121 del 20 settembre 2021 della Regione Marche approva il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per lo SCC nell'adulto. Il documento definisce i ruoli e le responsabilità tra Medici di Medicina Generale (MMG),</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>cardiologi territoriali e centri ospedalieri, promuovendo una presa in carico multidisciplinare. Ha come obiettivo quello di creare un modello organizzativo omogeneo su tutto il territorio regionale per migliorare la qualità delle cure e ridurre la mortalità e le riospedalizzazioni. Prevede indicatori di performance per valutare periodicamente l'efficacia del percorso e l'aderenza delle strutture sanitarie alle linee guida.</p>
Ventricular assist device implantation in the elderly	2014	Hiesinger, W., Boyd, J. H., & Woo, Y. J.	Revisione della letteratura	L'articolo esamina l'uso dei Dispositivi di Assistenza Ventricolare (VAD) come opzione terapeutica per i pazienti anziani con SCC avanzato. I dispositivi a flusso continuo di nuova

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>generazione mostrano benefici significativi anche nei pazienti sopra i 70 anni, sebbene con un rischio di complicanze (ictus, infezioni, emorragie) leggermente superiore rispetto ai giovani. Lo studio sottolinea che l'intervento precoce è cruciale: i risultati sono migliori se il dispositivo viene impiantato prima che il paziente sviluppi uno shock cardiogeno o un'insufficienza multiorgano. Più che l'età anagrafica, conta la fragilità e la presenza di comorbidità. Una corretta selezione è fondamentale per garantire una buona sopravvivenza post-operatoria. Il supporto circolatorio meccanico è un'opzione valida ed efficace ("Destination Therapy") per</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita degli anziani opportunamente selezionati.
The Role of Nursing in the Management of Heart Failure Patients	2024	Alsoulmi, M. D. I., Aldawsari, A. S. S., Al Zahrani, N. A. M., Almubarki, A. A., Assiri, E. H., Alhawsawi, N. M., Saeed, S. A. A., Algarni, A. A., Gadi, B. B. A., & Aljohanu, A. S.	Revisione della letteratura	L'articolo esamina il ruolo cruciale dell'infermiere nella gestione multidisciplinare dello SCC. L'infermiere è il professionista in prima linea per la valutazione fisica, il monitoraggio dei segni vitali e l'identificazione precoce dei sintomi di riacutizzazione. Un pilastro centrale è l'empowerment del paziente attraverso l'educazione all'aderenza farmacologica, alle modifiche dietetiche (restrizione di sodio) e allo stile di vita. Il ruolo infermieristico è fondamentale per garantire la continuità

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>assistenziale tra ospedale e territorio, riducendo la frammentazione delle cure. L'intervento include il supporto emotivo per gestire l'ansia e la depressione, migliorando significativamente la qualità della vita percepita. Una gestione infermieristica proattiva e personalizzata riduce i tassi di riospedalizzazione e migliora gli esiti clinici a lungo termine.</p>
<p>Impact of Caregiver Support on Patient Self-Care Outcomes with Heart Failure: A Systematic Review</p>	<p>2020</p>	<p>Alnomasy, N. R.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>L'articolo analizza come il supporto dei caregiver influenzi la capacità di autogestione (self-care: aderenza terapeutica, dieta, esercizio fisico) dei pazienti con SCC. Il coinvolgimento del caregiver migliora significativamente la fiducia del paziente e la</p>

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
				<p>sua capacità di gestire i comportamenti sanitari. La qualità della relazione tra paziente e caregiver e il livello di conoscenze condivise sulla malattia sono determinanti per il successo delle cure. Il caregiver non è solo un supporto passivo, ma un partner attivo fondamentale per ottimizzare i risultati clinici; gli interventi sanitari dovrebbero quindi formare la "diade" paziente-caregiver anziché il singolo individuo.</p>

4. DISCUSSIONE

La presenza del caregiver ha un impatto positivo sugli esiti clinici dei pazienti over 65 con SCC. Secondo gli studi di Trombetta, A. (2024) e di McHorney, C. A. (2021), la presenza del caregiver, permettendo un controllo continuo di aspetti quali l'assunzione corretta della terapia, la gestione della terapia farmacologica, il monitoraggio dei parametri e delle restrizioni dietetiche, si traduce in una migliore aderenza e, quindi, in un miglioramento della sintomatologia e in una maggiore capacità di identificare rapidamente segni di peggioramento della malattia. Questo porta a un tempestivo intervento dell'équipe sanitaria e di conseguenza a una riduzione dei ricoveri e dei costi sanitari.

Inoltre, l'analisi dei lavori in letteratura ha evidenziato come il supporto del caregiver possa avere ripercussioni positive sullo stato fisico e psicologico del paziente. Come sottolineato da Severino, M. C. (2024), il rapporto del caregiver con il paziente ha un impatto diretto sulla motivazione di questo alla gestione della propria patologia. Tuttavia, occorre sottolineare che il ruolo del caregiver risulta efficace solo se questo ha ricevuto una formazione idonea ed è attivamente partecipe con l'infermiere alla gestione del paziente. Come osservato da Riegel, B. (2024), il ruolo del caregiver risulta efficace e influisce positivamente sugli esiti clinici in proporzione alla formazione ricevuta.

La mancanza di caregiver pone un paziente over 65 a rischio per aderenza terapeutica, isolamento sociale e capacità di identificare segni e sintomi di peggioramento dello SCC. Infatti, secondo il lavoro di McHorney, C. A. (2021), l'assenza di un caregiver esterno espone il paziente con SCC a un rischio maggiore per aderenza, isolamento sociale e gestione autonoma della propria malattia. Quanto detto evidenzia l'urgenza della riorganizzazione dei percorsi di cura, con lo scopo di potenziare le cure infermieristiche e implementare il supporto tecnologico, per sopperire alla mancanza di caregiver esterni.

Inoltre, la malattia di SCC e le dinamiche assistenziali che ne conseguono portano a significative ripercussioni sullo stato psicologico sia dei pazienti sia dei caregiver. Nel

paziente affetto da SCC, riscontriamo frequentemente depressione, ansia e isolamento sociale, le cui ripercussioni negative sulla gestione della patologia possono essere la mancata aderenza alla terapia, la limitata capacità di self-care e un peggioramento della qualità della vita. Il caregiver invece, per il suo ruolo di figura centrale nella gestione del paziente, si trova spesso in condizioni di stress psicologico e fisico elevato, legato al senso di responsabilità, al peso emotivo della malattia e all'incertezza del futuro. Si può evidenziare come spesso in questi contesti le figure assistenziali (caregiver/infermiere) possano sperimentare un sentimento di frustrazione e inadeguatezza derivante da una limitata percezione delle proprie risorse. Gli interventi di health coaching da parte del personale infermieristico, per esempio, sono stati oggetto di studi (Riegel, B. 2024) che hanno dimostrato come tali programmi di educazione strutturata, costituiti da sessioni di consulenza e coaching focalizzate sull'educazione del paziente alla gestione della patologia, momenti di ascolto e discussioni, siano efficaci nel ridurre stress e sentimenti di depressione sia nel caregiver sia nel paziente. L'effetto combinato di interventi educativi di questo tipo incrementa la resilienza familiare, favorendo strategie di coping efficienti che prevengono lo stress, il burnout, e migliorano la qualità della relazione di cura.

Inoltre, va tenuto conto che spesso, per l'impatto psicologico che l'infermiere ha sul caregiver e sul paziente, questo risulta essere la figura di riferimento, sia per il riconoscimento precoce di segni di disagio psicologico sia per il sostegno alla formulazione di interventi appropriati al singolo caso. Gli interventi infermieristici in questo senso migliorano la prognosi del paziente e favoriscono l'adattamento delle figure assistenziali alla condizione di malattia. Gli infermieri sono in grado di agire sulle seguenti aree: diagnosi infermieristica precoce, definizione del piano di cura e interventi, gestione delle emozioni, monitoraggio, assistenza pratica, istruzione e follow-up, supporto sociale, coordinamento delle cure, consulenza e advocacy.

Come affermato da McHorney, C. A. (2021), prendersi cura degli aspetti psicologici dei pazienti e dei loro caregiver mediante interventi strutturati si configura come un importante fattore di protezione del benessere e della qualità della vita. È quindi essenziale che in ogni percorso di cura siano utilizzate strategie volte al monitoraggio, al

sostegno e alla gestione dell'equilibrio emotivo dei pazienti, come l'utilizzo di strumenti specifici per la misurazione periodica della qualità di vita e dei sintomi psicologici in fase di follow-up. È altresì necessario dotare i pazienti di una rete territoriale di supporto formata da personale specializzato che dia, di conseguenza, sostegno emotivo, psicologico e pratico in maniera continuativa.

Secondo Severino, M. C. (2024), il ruolo del caregiver è importante per la gestione di una efficace auto-cura del paziente, per la gestione della terapia medica e del piano di cura, per monitorare ogni giorno i segni ed i sintomi del paziente ed in fase di follow-up. Altro fattore che influenza positivamente il decorso della malattia è la qualità della relazione tra il paziente e colui che si prende cura di lui, in quanto quest'ultimo svolge un ruolo di cruciale importanza nel monitoraggio e nella comunicazione dei sintomi al medico o all'infermiere. Inoltre, interventi educativi indirizzati alla figura del caregiver hanno portato ad una diminuzione di recidive della malattia e ad un miglioramento di alcuni outcome clinici grazie alla maggior partecipazione del caregiver alle decisioni riguardanti il trattamento e alla migliore cura del paziente. Come osservato nello studio di Riegel, B. (2024), interventi rivolti al caregiver, con corsi formativi mirati e consulenze da parte del personale sanitario, portano ad una riduzione di recidive di SCC e ad un miglioramento degli outcome clinici, dovuti alla maggior attenzione rivolta alla terapia medica e alla compliance, al monitoraggio dei sintomi e al controllo della dieta.

Secondo Matthews, J. C. (2008), pazienti over 65 con SCC vengono inclusi nelle liste di attesa per l'impianto di un VAD solo in presenza di un caregiver affidabile, in quanto la gestione post-impianto richiede particolari competenze per il controllo e la gestione della terapia anticoagulante, per la cura della ferita e per il monitoraggio del corretto funzionamento del sistema. L'assenza del caregiver aumenta il rischio di recidive, complicanze ed eventi avversi post-impianto.

È quindi importante la selezione di pazienti adeguati all'impianto di VAD attraverso valutazioni di tipo multidimensionale, considerando non solo l'aspetto clinico-medico, ma anche l'aspetto psicologico e sociale. Il miglioramento di outcome clinici è fortemente influenzato dalla qualità del supporto familiare, dall'efficace intervento di health

coaching da parte del personale infermieristico e dalla collaborazione ed interazione tra medici, infermieri e supporto sociale.

L'organizzazione di servizi domiciliari favorisce, in questa categoria di pazienti, la gestione ambulatoriale dello SCC e la riduzione delle riospedalizzazioni precoci per scompenso. In questo contesto, il paziente è in grado di monitorare quotidianamente il proprio stato di salute, l'efficacia del trattamento, i segnali ed i sintomi del peggioramento e, se necessario, provvedere tempestivamente alle adeguate contromisure, attraverso l'intervento di medici ed infermieri. In caso di un peggioramento di sintomi inaspettati, le ripercussioni sulla salute sono ridotte attraverso interventi domiciliari rapidi e ben organizzati da parte dell'infermiere del territorio, che attraverso un adeguato monitoraggio ed educazione dei pazienti e dei caregiver è in grado di gestire prontamente le criticità in sede domiciliare.

Come osservato da Gennaro, N. (2014), l'attivazione rapida di servizi domiciliari dopo la dimissione per un paziente over 65 che è affetto da SCC evita le complicanze e l'aggravamento della malattia. È quindi fondamentale identificare un piano di continuità assistenziale che promuova l'attivazione tempestiva di servizi domiciliari attraverso l'utilizzo di strumenti infermieristici e la realizzazione di programmi di educazione terapeutica a domicilio per pazienti, caregiver e medici di famiglia.

Nel paziente over 65 affetto da SCC, il processo di selezione per l'accesso alle terapie non può limitarsi alla sola valutazione clinico-patologica, ma deve integrare variabili relazionali e funzionali che sono ormai considerate imprescindibili per il successo delle cure.

Un criterio selettivo primario è rappresentato dalla valutazione del caregiver. La presenza di una figura di supporto attenta e affidabile è infatti un requisito fondamentale, specialmente per interventi ad alta complessità come l'impianto di un VAD (Miller, L. W., et al., 2006). In questo contesto, il caregiver non è un semplice spettatore, ma parte integrante del processo di selezione, poiché è colui che garantisce la corretta gestione post-operatoria e la rigorosa aderenza farmacologica.

Parallelamente, assistiamo a un necessario superamento dell'età cronologica. Le moderne raccomandazioni internazionali suggeriscono che l'età anagrafica sia un fattore relativo: la selezione deve piuttosto basarsi sulla fase specifica dello scompenso, sulla reale funzionalità cardiaca e sulla severità della sintomatologia (Miller, L. W., et al., 2006). Per questo motivo, i candidati vengono sottoposti a uno screening multidisciplinare accurato, volto a valutare le comorbidità, con particolare attenzione alla funzionalità renale ed epatica e il grado di dinamismo e attivismo del paziente.

Infine, un ruolo determinante è giocato dal profilo psicologico ed emotivo. Identificare precocemente segnali di depressione, ansia o isolamento sociale, sia nel paziente che nel caregiver, è cruciale (McHorney, C. A., 2021). Questi stati emotivi, infatti, hanno un impatto diretto sul processo di empowerment e sulla capacità di gestire l'automonitoraggio quotidiano (Sedgwick, E. K., 2003).

Nella Regione Marche, il buon esito dell'assistenza domiciliare dipende dalla coesione e dall'integrazione tra i servizi. Gli interventi infermieristici domiciliari, che spesso si basano sul telemonitoraggio del paziente a distanza, il contatto telefonico per rispondere tempestivamente ai bisogni, le visite domiciliari al bisogno o su chiamata, sono estremamente importanti per il mantenimento del paziente e per l'adattamento dei caregiver, attraverso istruzioni infermieristiche e supporto psicologico per la gestione del paziente. È inoltre importante la collaborazione ed integrazione tra i servizi, gli infermieri del territorio, le reti informali e i medici di medicina generale, che condividono gli stessi obiettivi finalizzati alla gestione ottimale della patologia in ambiente domiciliare. È infine cruciale che il paziente venga integrato nella rete dell'assistenza domiciliare in fase acuta e nel passaggio Ospedale-Territorio (Nocelli, F. M., 2021).

PIANI ASSISTENZIALI

Nella presa in cura del paziente affetto da SCC, l'adozione di un approccio metodologico rigoroso è condizione necessaria per garantire la sicurezza e l'efficacia delle cure. Come evidenziato dalla letteratura recente, la personalizzazione dell'assistenza deve modularsi non solo sulla complessità clinica, ma anche sul contesto di vita, distinguendo tra il setting ospedaliero e quello domiciliare, dove la presenza o l'assenza di un caregiver ridefinisce radicalmente le strategie d'intervento (Herdman, T. H., 2024).

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN PRESENZA DI CAREGIVER

Diagnosi Infermieristiche (NANDA-I)

Secondo la classificazione NANDA-I (Herdman et al., 2024), le priorità assistenziali identificate comprendono:

1. RISCHIO DI GITTATA CARDIACA RIDOTTA (00240), *DOMINIO 4: ATTIVITÀ/RIPOSO, CLASSE 4: RISPOSTE CARIOVASCOLARI/POLMONARI*: diminuita gittata cardiaca correlata ad alterata contrattilità miocardica, alterato precarico e postcarico, manifestata da dispnea a riposo/sotto sforzo, edema declive, affaticamento e aumento ponderale.
2. VOLUME DI LIQUIDI ECCESSIVO (00026) , *DOMINIO 2: NUTRIZIONE, CLASSE 5: IDRATAZIONE*: eccesso di volume di liquidi correlato a compromissione dei meccanismi regolatori, manifestato da edema periferico, rantoli polmonari e aumento di peso.
3. CONOSCENZE SULLA SALUTE INADEGUATE (00435), *DOMINIO 5: PERCEZIONE/COGNIZIONE, CLASSE 4: FUNZIONE COGNITIVA* : insufficiente acquisizione, elaborazione, comprensione e/o richiamo di informazioni relative alla gestione dello SCC correlata a mancata familiarità con la malattia e il regime terapeutico, manifestata da domande ricorrenti e inosservanza del regime dietetico/farmacologico.
4. RISCHIO DI INTEGRITÀ CUTANEA COMPROMESSA (00047), *DOMINIO 11: SICUREZZA/PROTEZIONE, CLASSE 2: LESIONI FISICHE*: rischio di compromissione dell'integrità cutanea correlato a edema e ridotta mobilità.
5. CARICO DI FATIGUE ECCESSIVO (00477), *DOMINIO 4: ATTIVITÀ/RIPOSO, CLASSE 3: BILANCIO ENERGETICO*: affaticamento correlato a diminuita gittata cardiaca e aumento del fabbisogno metabolico, manifestato da ridotta capacità di svolgere le attività della vita quotidiana.
6. CAPACITÀ DI ALIMENTARSI RIDOTTA (00328), CAPACITÀ DI USARE IL GABINETTO RIDOTTA (00329), CAPACITÀ DI FARE IL BAGNO RIDOTTA (00326), CAPACITÀ DI VESTIRSI RIDOTTA (00327), *DOMINIO 4: ATTIVITÀ/RIPOSO, CLASSE 5: CURA DI SÉ*: cura di sé compromessa (es.

alimentazione, uso del gabinetto, bagno, vestizione) correlata a intolleranza all'attività e affaticamento, con difficoltà nell'esecuzione autonoma.

7. CARICO ASSISTENZIALE DEL CAREGIVER ECCESSIVO (00366), *DOMINIO 9: COPING/TOLLERANZA ALLO STRESS, CLASSE 2: RISPOSTE DI COPING*: opprimente tensione multidimensionale nel prendersi cura di una persona significativa correlata alla complessità del regime terapeutico del paziente e alla necessità di assistenza continua, manifestata da verbalizzazioni di stress o sovraccarico.

Obiettivi (NOC)

Gli indicatori di risultato (Moorhead et al., 2025) mirano, a breve termine, alla stabilizzazione dei sintomi (riduzione dispnea ed edema) e all'acquisizione di competenze gestionali da parte della diade paziente-caregiver. A lungo termine, il focus si sposta sul mantenimento dell'equilibrio idroelettrolitico e sulla prevenzione delle riospedalizzazioni.

- A breve termine (entro 1-2 settimane):

Il paziente e/o caregiver comprenderanno i segni e sintomi di peggioramento dello SCC e sapranno quando contattare l'infermiere/medico; il paziente dimostrerà una riduzione della dispnea e dell'edema; il paziente e/o caregiver saranno in grado di gestire correttamente la terapia farmacologica; il caregiver si sentirà supportato e meno sovraccarico.

- A lungo termine (entro 1-3 mesi):

Il paziente manterrà un peso stabile e un equilibrio dei liquidi; il paziente sarà in grado di gestire autonomamente (o con il supporto del caregiver) le attività quotidiane entro i limiti della sua tolleranza; il paziente e il caregiver aderiranno al piano terapeutico e alle raccomandazioni dietetiche; il caregiver sarà in grado di fornire un'assistenza sicura ed efficace, riducendo lo stress percepito; prevenzione delle riospedalizzazioni per SCC.

Interventi (NIC)

Le attività infermieristiche (Dochterman et al., 2025) si articolano in:

- Valutazione e monitoraggio:

Valutare quotidianamente i segni vitali (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa, saturazione O₂). Monitorare il peso giornaliero del paziente e registrare gli input/output di liquidi. Valutare la presenza e il grado di edema periferico, dispnea (scala Borg) e affaticamento. Ispezionare regolarmente la cute, specialmente nelle aree edematose e di pressione. Valutare le conoscenze e le capacità del paziente e del caregiver riguardo alla gestione dello SCC. Valutare il livello di stress e il bisogno di supporto del caregiver.

- Educazione terapeutica (paziente e caregiver):

Gestione della terapia: spiegare l'importanza di assumere i farmaci come prescritto, gli effetti collaterali e i segni di allarme. Utilizzare ausili mnemonici (es. dosatore pillole). Dieta iposodica e restrizione liquidi: insegnare a leggere le etichette degli alimenti, a scegliere cibi a basso contenuto di sodio e a monitorare l'assunzione di liquidi come indicato. Monitoraggio dei sintomi: insegnare a riconoscere i segni e sintomi di peggioramento (es. aumento della dispnea, edema, aumento di peso >2 kg in 2 giorni) e quando contattare l'infermiere/medico. Gestione del peso: istruire sul monitoraggio quotidiano del peso e sulla sua importanza come indicatore di ritenzione idrica. Attività fisica: spiegare l'importanza di un'attività fisica moderata e regolare (se appropriato e previa consultazione medica), illustrando i limiti e i segnali di allarme da rispettare. Cura della pelle: insegnare al caregiver come prevenire lesioni da pressione e mantenere l'integrità cutanea, specialmente in presenza di edema.

- Supporto e gestione dei sintomi:

Incoraggiare riposo adeguato e pianificare periodi di riposo tra le attività. Posizionare il paziente in modo che favorisca la respirazione (es. Fowler o semi-Fowler). Fornire ossigenoterapia, se prescritta e necessaria. Applicare calze a compressione graduata o elevare gli arti inferiori per ridurre l'edema, se indicato. Assistere nelle attività di igiene e cura personale, coinvolgendo il caregiver nell'apprendimento delle tecniche più efficaci.

- Supporto al caregiver:

Fornire informazioni chiare e ripetute sulla condizione del paziente e sul piano assistenziale. Insegnare tecniche pratiche per l'assistenza (es. movimentazione, igiene, somministrazione farmaci). Incoraggiare il caregiver a prendersi cura di sé e a identificare segni di esaurimento. Fornire risorse per il supporto (es. gruppi di supporto, associazioni di pazienti/caregiver, servizi di sollievo). Mantenere una comunicazione aperta e incoraggiare il caregiver a esprimere dubbi e preoccupazioni.

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN ASSENZA DI CAREGIVER

Nel paziente che vive in solitudine, la pianificazione deve rispondere alla vulnerabilità intrinseca e al rischio di isolamento sociale, richiedendo una più forte attivazione dei servizi territoriali.

Diagnosi Infermieristiche Specifiche (NANDA-I)

Oltre alle diagnosi infermieristiche già sopracitate, emergono criticità peculiari (Herdman et al., 2024):

1. RISCHIO DI SOLITUDINE ECCESSIVA (00335), *DOMINIO 12: BENESSERE, CLASSE 3: BENESSERE SOCIALE*: rischio di solitudine eccessiva correlata a limitazioni fisiche e difficoltà nell'accesso a supporti esterni, manifestato da ridotta interazione con l'ambiente sociale.
2. AUTOGESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE (00276), *DOMINIO 1: PROMOZIONE DELLA SALUTE, CLASSE 2: GESTIONE DELLA SALUTE*: gestione non soddisfacente dei sintomi, dei cambiamenti nello stile di vita e del regime terapeutico associati alla convivenza con una malattia cronica e correlata a complessità del regime, mancanza di risorse e supporto, e/o deficit cognitivi.
3. RISCHIO DI SINDROME DA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO (00357), *DOMINIO 1: PROMOZIONE DELLA SALUTE, CLASSE 2: GESTIONE DELLA SALUTE*: suscettibilità a uno stato dinamico di squilibrio correlato a sostegno sociale inadeguato, conoscenza inadeguata dei fattori modificabili, diminuzione dell'energia e tristezza.

Obiettivi (NOC)

In questo scenario, gli obiettivi NOC (Moorhead et al., 2025) pongono l'accento sull'autonomia funzionale e sull'accesso a reti di supporto esterne.

- A breve termine (entro 1-2 settimane):

Il paziente sarà in grado di identificare almeno 3 segni e sintomi di peggioramento e quando richiedere aiuto; il paziente dimostrerà una riduzione della dispnea e dell'edema; il paziente sarà in grado di gestire la terapia farmacologica con supervisione; il paziente inizierà a implementare modifiche dietetiche appropriate.

- A lungo termine (entro 1-3 mesi):

Il paziente manterrà un peso stabile e un equilibrio dei liquidi; il paziente sarà in grado di gestire in autonomia (o con minimi ausili) le attività quotidiane entro i limiti della sua tolleranza; il paziente aderirà al piano terapeutico e alle raccomandazioni dietetiche; il paziente avrà accesso a risorse e supporti adeguati per la gestione della malattia e per le attività quotidiane; prevenzione delle riospedalizzazioni per SCC; mantenimento dell'integrità cutanea.

Interventi (NIC)

Gli interventi NIC (Dochterman et al., 2025) prioritari includono:

- Valutazione e monitoraggio:

Valutare quotidianamente i segni vitali (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa, saturazione O₂). Monitorare il peso giornaliero del paziente e registrare gli input/output di liquidi. Valutare la presenza e il grado di edema periferico, dispnea (scala Borg) e affaticamento. Ispezionare regolarmente la cute, specialmente nelle aree edematose e di pressione. Valutare le capacità cognitive del paziente, l'autonomia nelle ADL (Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living) e la presenza di eventuali reti di supporto informali o formali.

- Educazione terapeutica (focalizzata sull'autosufficienza):

Semplificazione della terapia: Organizzare i farmaci con dosatori giornalieri/settimanali pre-riempiti o sistemi di promemoria automatici. Spiegare in modo semplice e ripetuto l'importanza di ogni farmaco, effetti collaterali e segni di allarme. Dieta iposodica e restrizione liquidi: Fornire elenchi di alimenti permessi/non permessi, suggerire pasti pronti a basso contenuto di sodio se il paziente ha difficoltà a cucinare. Semplificare le istruzioni sulla restrizione dei liquidi. Monitoraggio dei sintomi: Insegnare a riconoscere i segni e sintomi di peggioramento (es. aumento della dispnea, edema, aumento di peso >2 kg in 2 giorni) e quando contattare l'infermiere/medico, fornendo numeri di contatto chiari. Gestione del peso: istruire sull'importanza del monitoraggio quotidiano del peso, fornendo una bilancia facile da usare e un diario per le registrazioni. Attività fisica: spiegare l'importanza di un'attività fisica moderata, incoraggiando brevi passeggiate o esercizi in casa, nei limiti della tolleranza. Cura della pelle: istruire il paziente su come ispezionare la propria pelle (con l'aiuto di uno specchio se necessario) e come applicare creme idratanti o posizionarsi per prevenire lesioni.

- Supporto e gestione dei Sintomi:

Incoraggiare riposo adeguato e pianificare periodi di riposo tra le attività. Posizionare il paziente in modo che favorisca la respirazione (es. Fowler o semi-Fowler). Fornire ossigenoterapia, se prescritta e necessaria. Assistenza nell'igiene e nella cura personale, fornendo ausili se necessari (es. sedie per la doccia, maniglioni). Valutare la necessità di pasti a domicilio o supporto per la spesa. Valutare la necessità di un servizio di teleassistenza o braccialetto salvavita.

- Attivazione di risorse e supporti:

Coinvolgimento della rete sociale: Identificare vicini, amici o altri contatti affidabili che possano fornire supporto occasionale o monitoraggio. Servizi domiciliari: collaborare con i servizi sociali per attivare, se necessario, assistenza domiciliare (es. per igiene, preparazione pasti), telemonitoraggio infermieristico, o visite di specialisti a domicilio. Supporto telefonico: stabilire un programma di chiamate di controllo regolari con l'infermiere o un operatore. Organizzazioni di volontariato: orientare il paziente verso associazioni locali che offrono supporto agli anziani (es. compagnia, trasporto). Supporto

psicologico: se appropriato, valutare la necessità di un supporto psicologico per affrontare l'isolamento o la gestione della malattia.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'utilizzo dei linguaggi standardizzati NANDA-I, NOC e NIC non solo favorisce la continuità assistenziale, ma permette di documentare in modo scientifico l'impatto dell'assistenza infermieristica sugli esiti di salute del paziente con SCC, sia esso supportato da un caregiver o in condizione di fragilità sociale.

5. LIMITI

Nonostante il rigore metodologico applicato, il presente lavoro di ricerca bibliografica presenta alcuni limiti intrinseci che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati:

1. **Restrizione delle fonti documentali:** La ricerca bibliografica è stata limitata esclusivamente all'interrogazione del database PubMed. Sebbene tale database rappresenti il gold standard internazionale per la letteratura biomedica, il ricorso a un unico motore di ricerca potrebbe aver comportato l'esclusione di contributi rilevanti indicizzati in banche dati prettamente infermieristiche o multidisciplinari (quali CINAHL, Scopus o Cochrane Library).
2. **Accessibilità del materiale bibliografico:** La scelta di includere solo studi disponibili in formato Free Full-Text ha costituito un vincolo significativo. L'impossibilità di accedere ad articoli soggetti a sottoscrizione onerosa o non presenti nei repository ad accesso aperto ha ridotto il volume di evidenze analizzabili, con il rischio di aver omesso dati clinici o modelli assistenziali di rilievo ed ha inevitabilmente ridotto il campione di evidenze analizzabili, limitando potenzialmente la completezza del quadro sinottico sulla gestione infermieristica dello SCC.
3. **Barriere linguistiche:** La ricerca è stata condotta esclusivamente in lingua italiana e inglese. Tale restrizione configura un potenziale bias di selezione, escludendo a priori la letteratura prodotta in altre lingue che potrebbe offrire ulteriori prospettive sull'autonomia e sul ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con SCC.
4. **Ampiezza dell'arco temporale:** L'estensione della ricerca al periodo 2002-2026 si è resa necessaria per compensare i filtri linguistici e l'utilizzo di un unico database. Tuttavia, l'inclusione dei dati distribuiti su oltre vent'anni potrebbe introdurre elementi di eterogeneità, riflettendo pratiche cliniche e linee guida non sempre aggiornate rispetto agli standard più recenti.

6. CONCLUSIONI

La sintesi del lavoro di ricerca bibliografica mostra che l'obiettivo di valutare se ci sono differenze di esito clinico e di qualità di vita tra i pazienti over 65 con SCC assistiti da un caregiver e quelli che non lo hanno, con una valutazione della funzione dell'infermiere nel setting domiciliare, è stato raggiunto. Dallo studio condotto si evidenzia che la domanda di ricerca può essere ampiamente soddisfatta, attraverso l'analisi delle differenze che emergono in base alla revisione della letteratura e la valutazione di tre modelli nazionali e tre regionali. I risultati suggeriscono che una figura di caregiver informale formato e supportato dall'infermiere si associa ad un miglior controllo della malattia e ad una buona gestione del paziente a casa, oltre ad un aumento dell'aderenza alla terapia, una diminuzione delle riammissioni e ad un miglioramento della qualità di vita del paziente anziano con SCC. Allo stesso modo, la valorizzazione dell'infermiere in interventi di case management e attraverso il telemonitoraggio domiciliare può risultare una strategia vincente in termini di coordinamento del paziente anziano con SCC e di supporto emotivo e morale del paziente e del caregiver formale o informale.

Dalla ricerca bibliografica è stato possibile definire con chiarezza i risultati scaturiti dal confronto di questi due gruppi di pazienti over 65. Si dimostra che i pazienti over 65 con SCC assistiti da un caregiver formale o informale gestiscono con maggior efficacia la terapia farmacologica, le restrizioni dietetiche e il monitoraggio quotidiano dei sintomi con riduzione degli eventi avversi. Quelli, invece, non assistiti da un caregiver sono più vulnerabili a sentirsi soli, hanno un peggioramento del loro stato di salute ed è più probabile che non siano aderenti alla terapia con outcome negativi dal punto di vista clinico e sociale. Inoltre, una formazione strutturata e mirata a tutti i caregiver informali integrata da modelli assistenziali infermieristici focalizzati sul follow-up possono influire positivamente sull'autonomia e la funzionalità dei pazienti anziani affetti da questa patologia cronica. Un dato di rilievo, riscontrato dalla letteratura, riguarda la gestione infermieristica del telemonitoraggio dei parametri clinici a domicilio, che in combinazione con il caregiver, si rivela un valido strumento nella gestione della malattia, in particolare nei programmi nurse-led per i pazienti affetti da SCC dopo la dimissione,

con effetti positivi sulle riammissioni e sulla qualità di vita di questi pazienti.

I risultati della presente ricerca si inseriscono in modo coerente ed originale nel contesto del dibattito internazionale, nazionale e regionale. In termini di confronto con il contesto nazionale ed internazionale, i risultati scaturiti da questo lavoro rafforzano i dati riportati nella letteratura: le revisioni di letteratura sottolineano come la sinergia tra caregiver informale ed infermiere sia un'efficace strategia per il paziente anziano affetto da patologia cronica. Inoltre, considerando che la presente ricerca si pone nella direzione di indagare e valutare le modalità di assistenza dello SCC over 65 della realtà marchigiana, è interessante notare che la Regione Marche presenta una realtà nazionale molto caratteristica, in cui diverse attività di assistenza infermieristica domiciliare sono state sviluppate, come per esempio il telemonitoraggio, i programmi di integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo dell'infermieristica di comunità; tuttavia, ci sono ancora delle fragilità, come la scarsa copertura di alcune attività territoriali e la poca integrazione tra i diversi sistemi territoriali ed ospedalieri.

Per quanto riguarda la valutazione critica della ricerca, si possono osservare sia le limitazioni che i punti di forza, nel presente lavoro. Riguardo le limitazioni, è bene sottolineare che il processo di integrazione tra le fonti della letteratura ha subito l'influenza di modelli assistenziali con scarsa uniformità, con maggioranza di studi osservazionali in confronto a trial randomizzati e controllati. Questo ha limitato, anche se in parte, l'applicabilità dei risultati emersi. Anche la scarsità di evidenze quantitative, soprattutto nei siti analizzati nella Regione Marche, potrebbe essere una delle limitazioni del presente studio. Rispetto al punto di vista della generalizzabilità, la mancanza di evidenze qualitative, che approfondiscono gli effetti dell'assistenza infermieristica per questi pazienti, limita le generalizzazioni, poiché non viene data una risposta alle questioni su come gli interventi infermieristici impattino i pazienti ed i loro caregiver informali. Per quanto riguarda i punti di forza, questo studio ha consentito di acquisire, approfondire e valutare le competenze necessarie per lo sviluppo di percorsi individualizzati per i pazienti anziani con SCC, che prevedono la figura del caregiver formale e informale e le cure infermieristiche. Un ulteriore punto di forza della presente ricerca è il tentativo di creare un modello di valutazione della gestione dello SCC degli

over 65, attraverso la letteratura disponibile, cercando di integrare le pratiche migliori.

Riguardo alle future ricerche, si suggerisce l'identificazione dei modelli più efficaci di assistenza domiciliare per i caregiver informali con una patologia cronica in pazienti over 65 con SCC. Si ritiene, inoltre, opportuno studiare i diversi interventi di integrazione ospedale-territorio e sanitario-sociale, le strategie e i modelli efficaci per la gestione degli over 65 affetti da SCC non assistiti da caregiver formale o informale ed anche la valutazione dell'efficacia di applicazioni di telemonitoraggio e digitali in ambito sanitario. In questo senso, si consiglia di effettuare studi di tipo sperimentale per definire la strategia migliore per questa tipologia di pazienti. Riguardo al tipo di studio, si raccomanda che le future ricerche siano studi sperimentali, con randomizzazione dei campioni, di dimensioni adeguate e di interventistica, per verificare la sostenibilità dei sistemi assistenziali nel medio e lungo termine e per confrontare le diverse strategie di assistenza degli over 65 affetti da SCC. Questi studi dovranno esplorare anche le implicazioni etiche, economiche e relazionali di queste tecnologie, con lo scopo di ridurre le disuguaglianze nella promozione della salute e di favorire la personalizzazione del percorso.

In conclusione, il percorso di studi e di analisi intrapreso ha permesso di comprendere più pienamente l'importanza del lavoro di équipe, dell'educazione terapeutica e del sostegno psicologico di questo paziente e del caregiver nella fase della cronicità e dell'invecchiamento. Inoltre, lo studio ed approfondimento dei sistemi organizzativi regionali ed il tentativo di indagare sulle pratiche e modelli assistenziali infermieristici migliori hanno confermato la convinzione che la personalizzazione dei percorsi assistenziali e la valorizzazione delle reti familiari e sociali siano le chiavi per migliorare la vita del paziente cronico e, pertanto, orienteranno lo sviluppo professionale verso una pratica infermieristica sempre più efficace e umana.

Il presente lavoro, infine, contribuisce ad aggiungere elementi di novità per la gestione domiciliare del paziente anziano con SCC, definendo le strategie che possono potenziare il binomio caregiver-infermiere per assicurare migliori esiti clinici e di qualità di vita nel paziente con SCC. Si propone così un punto di partenza per futuri sviluppi infermieristici

nel setting geriatrico, utili per indirizzare la ricerca, la formazione e la pratica infermieristica nazionale e marchigiana.

Nonostante le restrizioni metodologiche citate, la robustezza dei dati estratti da PubMed permette comunque di delineare un quadro clinico coerente con le attuali linee guida internazionali.

7. CONSIDERAZIONI ETICHE

La dignità e il benessere degli over 65 con SCC e del caregiver richiedono un'attenta valutazione degli aspetti psicosociali della cronicità e dell'impatto che il carico assistenziale ha sulla salute mentale del caregiver. Alnomasy, N. R. (2020) evidenzia come alti livelli di stress correlino con i peggiori outcome del paziente, rendendo difficile la gestione dell'autocura da parte del paziente. La sfida è dunque limitare le possibilità di burnout. Si dimostrano a tal scopo efficaci i programmi di health coaching per la riduzione dello stress e il potenziamento del coping (Riegel, B., 2024). L'aiuto psicologico e le adeguate formazioni prevengono le conseguenze positive e negative dirette e indirette che influenzano l'assistito. Le condizioni di autonomia del paziente sono condizionate dai livelli di benessere del caregiver (Trombetta, A., 2024).

La privacy e la riservatezza dei dati clinici e delle informazioni personali dei pazienti e dei caregiver sono di primaria importanza in un sistema sanitario in cui i sistemi di telemonitoraggio e la cartella clinica sono condivisi tra team sanitario, paziente e caregiver. Per Severino, M. C. (2024) la trasmissione tra i diversi attori del sistema sanitario di informazioni sensibili non è priva di rischi. È necessario che avvenga in linea con la privacy al fine di non rompere l'alleanza terapeutica. La raccolta, l'elaborazione e la conservazione delle informazioni devono avvenire attraverso sistemi ben protetti, che garantiscano una adeguata tutela del dato sensibile. Per Radini, D. (2021) il successo delle piattaforme di telemonitoraggio passa per un'efficacia e un'appropriatezza di utilizzo dei dati sensibili, nel rispetto della normativa sulla privacy del paziente, che consente l'applicazione dei principi etici quali il consenso informato e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti.

Il consenso informato è molto importante soprattutto quando si ha a che fare con le scelte terapeutiche avanzate quali l'applicazione del VAD. È necessaria un'attiva partecipazione del paziente e del caregiver nelle decisioni inerenti l'adeguatezza del trattamento più avanzato, la scelta della soluzione adatta e la consapevolezza dei rischi e dei benefici che derivano dall'impianto di un device di supporto circolatorio. Rozzini, R.,

et al. (2004) sottolineano come una comunicazione con gli operatori sanitari basata sulla trasparenza permetta scelte più consapevoli, diminuisca il rimpianto, ma anche il conflitto nella gestione e nelle aspettative sul miglioramento della prognosi, garantendo così un clima di fiducia e un'alleanza terapeutica per l'assistito.

Il rischio di burnout del caregiver è uno dei problemi etici più frequentemente riscontrati durante l'assistenza al domicilio. Livelli alti di stress e burden incrementano il rischio di compromissione della salute psicofisica del caregiver e influiscono sulla qualità delle cure offerte al paziente (Alnomasy, N. R., 2020). Gli health coach (Riegel, B., et al., 2024) si sono dimostrati efficaci a fronteggiare le difficoltà che ne compromettono la salute psicologica, supportando il caregiver nel fronteggiare la gestione del paziente, riducendo i livelli di esaurimento emotivo e lo stress. L'ascolto, la condivisione delle esperienze con gli altri caregiver, l'incremento delle competenze pratiche sono elementi che influiscono positivamente sugli outcome, rendendo cruciale un approccio proattivo. L'ascolto delle narrazioni del paziente e del caregiver (Severino, M. C., 2024) può evidenziare elementi di criticità e la necessità di promuovere iniziative innovative e personalizzate per facilitare la gestione domiciliare, promuovendo così strategie più efficienti, come gli interventi multi-componenti che agiscono su svariati ambiti: sanitario, comportamentale, psicologico, sociale e di sistema.

Un altro principio etico da tenere in considerazione è quello relativo alla giustizia nell'accesso ai servizi sanitari e alle risorse territoriali. È fondamentale evitare ogni forma di discriminazione che riguarda l'età, il sesso, le condizioni socioeconomiche e la presenza o meno di una rete familiare, supportando l'accesso equo a tali risorse. Alnomasy, N. R. (2020) ha dimostrato come lo status del caregiver, coniuge anziano o figlio, influenzi la fiducia nel sistema sanitario, il coping e le strategie di gestione e, di conseguenza, anche il paziente. Questo suggerisce un'attenta personalizzazione dei supporti socio-assistenziali che promuovono, e rinforzano, le risorse preesistenti. L'inclusione degli over 65 più fragili è una priorità etica. Secondo Trombetta, A. (2024), è utile focalizzare l'attenzione sul miglioramento dei servizi e delle pratiche assistenziali, attraverso strategie di empowerment e accountability che vadano a rispondere alle esigenze specifiche della popolazione anziana. La sfida etica è rappresentata da modelli

organizzativi flessibili e capaci di rispondere alle esigenze sanitarie eterogenee, assicurando pari opportunità di cura e facilitando l'accesso ai servizi in tutto il territorio.

Un'ultima sfida etica è legata alla pervasività delle nuove tecnologie nel management delle patologie croniche e all'appropriato utilizzo di esse. Molti software o app possono facilitare la gestione domiciliare dei pazienti, ma esistono dei problemi etici che necessitano di essere risolti, come il costo delle nuove tecnologie, la formazione degli operatori e la disponibilità delle infrastrutture, che possono minare l'appropriatezza nell'utilizzo e la sostenibilità nel tempo. Longhini, J., et al. (2022) sottolineano come i risultati migliori vengano ottenuti in contesti in cui è garantito l'accesso e la formazione continua delle tecnologie digitali, anche in rapporto al digital literacy dei caregiver e dei pazienti e a un utilizzo personalizzato, valutando le peculiarità dei diversi operatori e delle caratteristiche socioeconomiche dei pazienti e dei caregiver. L'impegno per il futuro è incrementare l'accesso ai device in grado di garantire una equa assistenza ai pazienti, limitando gli ostacoli nell'appropriato utilizzo di questi programmi e strumenti.

Per concludere, un'assistenza etica e di qualità ai pazienti con SCC e ai loro caregiver si declina attraverso formazione, supporto psicologico, empowerment, rispetto della dignità e uso delle tecnologie digitali, ma anche attraverso una gestione individualizzata, l'identificazione dei bisogni, la promozione dell'appropriatezza delle risposte assistenziali e il rafforzamento delle risorse preesistenti.

8. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

La gestione domiciliare integrata è la base di un approccio per il miglioramento della cura dei pazienti over 65 con SCC mediante il telemonitoraggio infermieristico. Tale strategia permette di ridurre il numero delle riospedalizzazioni come nel progetto SmartCare, dove attraverso il monitoraggio a domicilio dei parametri vitali e con il coinvolgimento del caregiver nella gestione dei dati del paziente, si è ottenuto un minor tasso di ricoveri (Radini, D., 2021). La possibilità di segnalazione tramite le piattaforme digitali da parte dei caregiver permette di riconoscere precocemente i segnali di aggravamento clinico (aumento di peso, pressione, frequenza) e di attivare un intervento terapeutico da parte dell'infermiere, limitando le visite al pronto soccorso. Inoltre, l'accesso diretto da parte del caregiver alla piattaforma permette la riduzione della paura e un maggior controllo della gestione clinica della patologia. Questo tipo di assistenza, mediata anche dalla figura del caregiver, è centrata sull'empowerment e consente di personalizzare gli interventi con un approccio proattivo sulla base dei sintomi in peggioramento e della presenza di comorbilità. La disponibilità di strumenti per il monitoraggio ed il supporto a distanza dei pazienti con SCC è ancora limitata, anche a causa di insufficienti risorse formative e tecnologiche dedicate ai caregiver, pertanto, è necessario l'impegno delle figure sanitarie al fine di rendere le tecnologie digitali appropriate e fattibili per questo tipo di popolazione.

Il servizio fornito dall'infermiere di famiglia e di comunità mediante interventi tecnologici, e attraverso la creazione di modelli innovativi, come il TeMP_Cardio, ha comportato, per i pazienti con SCC e per i caregiver, l'aumento del grado di automonitoraggio dei sintomi, la riduzione dei compiti assistenziali da parte del caregiver e, conseguentemente, l'aumento dell'aderenza al trattamento farmacologico (Longhini, J., 2022). Grazie al ruolo di care manager dell'infermiere di famiglia e di comunità è possibile la presa in carico, l'attivazione dei servizi territoriali e la coordinazione degli interventi multidisciplinari. In tal modo, è possibile prevenire e gestire l'aggravamento dei sintomi e i percorsi di cura, personalizzandoli in base alle esigenze del paziente e dei familiari. Mediante l'uso di app per il telemonitoraggio dei sintomi è possibile favorire

l'autoefficacia dei pazienti nei confronti della gestione quotidiana e prevenire così le manifestazioni di aggravamento della patologia. Il caregiver formato all'uso di app tecnologiche è più attento ai sintomi della malattia e alla somministrazione della terapia prescritta al paziente, aumentando la collaborazione interprofessionale. Pertanto, la formazione all'utilizzo delle nuove tecnologie, direttamente offerta dal caregiver, può ridurre gli errori farmacologici e aumentare la prevenzione delle esacerbazioni. Si riscontra, però, un limite nella scarsa capacità di intercettare le persone vulnerabili con questa patologia, dovuta alla fragilità clinica, alla bassa educazione digitale e alla poca sensibilità di operatori e caregivers verso la diagnosi precoce. Un'altra criticità riguarda l'esigenza di fornire programmi formativi adeguati ai caregivers, sia nella fase iniziale, affinché siano in grado di sostenere il paziente durante le visite mediche e i trattamenti quotidiani, sia nei controlli di follow-up, per mantenere nel tempo le abilità di automonitoraggio acquisite.

L'ambulatorio infermieristico di gestione del paziente post-dimissione ed i programmi nurse-led di passaggio tra ospedale e territorio hanno ottenuto un aumento della capacità funzionale, un miglioramento nella gestione del paziente ed un notevole abbassamento dei costi sanitari dei pazienti dimessi dall'ospedale con SCC. L'ambulatorio infermieristico per lo SCC permette, con l'assistenza ed il monitoraggio a lungo termine, una gestione personalizzata, favorendo il miglioramento dei sintomi, con il contatto diretto dei pazienti e dei loro caregiver. La disponibilità, quindi, di un riferimento stabile aumenta il controllo e la gestione della patologia, alleviando le sensazioni di isolamento e di solitudine ed eliminando le preoccupazioni dei pazienti, spesso inadatti a descrivere i cambiamenti delle condizioni cliniche. In ambito infermieristico, il follow-up ed il counseling telefonico e le visite a domicilio consentono la diminuzione delle riammissioni a breve termine e ad un anno dei pazienti con SCC. La collaborazione fra infermiere e caregiver consente l'ottenimento di una maggiore compliance, un controllo dei pazienti con sintomatologia persistente, la disponibilità della persona in casa per la gestione quotidiana della patologia, il coordinamento dei servizi assistenziali e le strategie di prevenzione (Chinaglia, A., 2002). Un'altra strategia introdotta è quella dei programmi nurse-led di passaggio tra ospedale e domicilio con follow-up ambulatoriali od anche telefonici. Questi programmi mostrano risultati positivi sul numero delle ospedalizzazioni

e sul numero dei giorni di ricovero dei pazienti con SCC. La riduzione dei costi legati all'ospedalizzazione e dei giorni di degenza si traduce, per le aziende ospedaliere, in un minor assorbimento di risorse. Nei programmi nurse-led l'infermiere, durante i controlli di follow-up, è in grado di gestire, in base alle caratteristiche individuali, l'inappropriata assunzione dei farmaci da parte del paziente ed inoltre si adopera per un migliore incremento dell'autonomia funzionale e della motivazione a comportarsi in modo appropriato al fine di migliorare l'outcome.

Le cure integrate socio-sanitarie nel paziente con SCC ci permettono di identificare, in un intervento realizzato dalla sistematica collaborazione tra infermiere, servizi territoriali e caregiver, una personalizzazione motivazionale, la prevenzione del deterioramento funzionale ed l'empowerment del paziente e dei suoi familiari, promuovendo così la qualità e l'efficacia dell'assistenza. Tali interventi integrati sono di natura multidisciplinare e si realizzano in particolare al domicilio del paziente. La multidisciplinarietà contribuisce a determinare la qualità della vita residua, promuovendo l'autonomia ed affrontando le problematiche cliniche, sociali ed esistenziali del malato, tenendo conto dei bisogni dell'intera famiglia. Le capacità di coordinamento dell'infermiere, oltre alla personalizzazione dell'assistenza e del piano educativo per i familiari, permettono la gestione di un efficace counseling per il paziente e per la famiglia in grado di intervenire nella soluzione dei problemi che riguardano il caregiver. Il sostegno socio-assistenziale è considerato elemento indispensabile per la pianificazione e la gestione del rischio di declino funzionale. Il sostegno ai pazienti, soprattutto attraverso la promozione dell'empowerment, permette un approccio efficace alla prevenzione del declino funzionale (Pulignano, G., 2004). Il coordinamento fra i servizi sanitari e sociali permette l'attivazione delle risorse necessarie per la creazione di reti di supporto a livello territoriale. Una completa integrazione delle risorse in un sistema assistenziale di rete non permette la frammentazione dei servizi ed aumenta la possibilità di risposta ai bisogni della persona fragile. Una caratteristica di tale modello è costituita dai percorsi di supporto psicologico, di psico-educazione e counseling familiare, attraverso interventi che stimolano la resilienza e il problem solving e che contribuiscono a migliori outcome.

La gestione ottimale dei pazienti domiciliari con SCC si basa sulla capacità di anticipazione delle problematiche cliniche mediante la formazione del caregiver. Il precoce riconoscimento dei sintomi di allarme ed il miglioramento della capacità di intervenire sulle problematiche comuni permettono all'infermiere l'elaborazione di un piano di assistenza personalizzato e di una formazione specifica rivolta al caregiver. Con il monitoraggio, da parte dell'infermiere, delle manifestazioni cliniche del paziente, dei suoi parametri e dei sintomi correlati alla terapia è possibile, in anticipo ad un controllo medico di follow-up, prevenire un ulteriore peggioramento dei sintomi e la successiva riospedalizzazione. Una formazione strutturata del caregiver che lo educi al monitoraggio e al riconoscimento precoce dei sintomi di aggravamento (dispnea, edemi, aumento di peso improvviso) permette di agire tempestivamente sui peggioramenti. Attraverso la formazione fornita dall'infermiere, il caregiver è in grado di riconoscere i sintomi ed agire preventivamente alla riacutizzazione, diminuendo, così, il senso di abbandono e di impotenza percepito dal paziente. Il piano assistenziale individuale rappresenta un punto di riferimento per la collaborazione con il caregiver, gli altri membri del team, le altre figure di riferimento del paziente e per il raggiungimento di obiettivi condivisi, come la gestione e la prevenzione di nuove patologie dovute alla comorbidità, ed il raggiungimento della compliance al trattamento farmacologico. L'alleanza terapeutica, creata con il caregiver, permette un'assistenza appropriata ed efficace. La cooperazione familiare aumenta la continuità del rapporto con il paziente in casa e in ospedale e aiuta a prevenire il fenomeno del burnout dei caregiver in situazioni di stress familiare. La collaborazione infermiere-caregiver costituisce la variabile esplicativa principale degli outcome migliori. Il supporto alle reti di supporto familiari riduce l'isolamento ed offre le basi per la capacità di affrontare le dinamiche del carico assistenziale (Pulignano, G., 2004; Chinaglia, A., 2002; Longhini, J., 2022; Radini, D., 2021).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Alnomasy, N. R. (2020). Impact of Caregiver Support on Patient Self-Care Outcomes with Heart Failure: A Systematic Review. *Journal of Nursing and Practice*, 3(1), 151-160.

Alsoulmi, M. D. I., Aldawsari, A. S. S., Al Zahrani, N. A. M., Almubarki, A. A., Assiri, E. H., Alhawsawi, N. M., Saeed, S. A. A., Algarni, A. A., Gadi, B. B. A., & Aljohanu, A. S. (2024). The Role of Nursing in the Management of Heart Failure Patients. *Evolutionary Studies in Imaginative Culture*, 8(3), 1436-1443.

Belfiori, M., Palmas, F., Podda, C., Tardivo, V., & Salis, F. (2024). Linee guida, scompenso cardiaco e anziani. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 25(11), 792-800.

Cappannelli, S., Doimo, S., & Radini, D. (2022). Ambulatori infermieristici per lo scompenso cardiaco: un approccio Value - Based Healthcare tra storia e futuro. *Cardiologia negli Ospedali*, duecentosessantaquattro, 48-51.

Catena, L. (2012). I percorsi assistenziali sociosanitari per anziani non autosufficienti nelle Marche [Tesi di ricerca, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo].

Chinaglia, A., Gaschino, G., Asteggiano, R., Titta, G., & Gullstrand, R. (2002). Fattibilità ed efficacia di un programma di assistenza integrata tra ospedale e territorio basata su un ambulatorio infermieristico nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco. Risultati clinici a sei mesi e costi relativi. *Italian Heart Journal. Supplement*, 3(5), 532-38.

Dochterman J.M., Butcher H.K., Bulechek G.M. (2025) Classificazione NIC degli interventi infermieristici. (4^a ed. italiana su 7^a ed. Inglese). A cura di Rigon, L. A. CEA

(Casa Editrice Ambrosiana) / Zanichelli.

Frassini, S., & Bernabucci, M. (2015). Case management infermieristico del paziente con scompenso cardiaco: Follow-up telefonico per la riduzione dei ricoveri ripetuti [Tesi di dottorato, Evidence Based Nursing].

Gennaro, N., Maggi, S., Pellizzari, M., Carlucci, F., Pilotto, A., & Saugo, M. (2014). Tempestività dell'attivazione delle cure domiciliari e riospedalizzazione a 30 giorni nei pazienti veneti ultra65enni dimessi per scompenso cardiaco in una situazione di disabilità alla dimissione. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 33(2), 67-73.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2024). *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazioni 2024-2026 (13ª ed.)*. A cura di Rigon, L.A. CEA (Casa Editrice Ambrosiana) / Zanichelli.

Hiesinger, W., Boyd, J. H., & Woo, Y. J. (2014). Ventricular assist device implantation in the elderly. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 3(6), 570-72.

Hill, L., Carson, M., & Vitale, C. (2019). Care plans for the older heart failure patient. *European Heart Journal*, 21(Supplement), L32-L35.

Lindvall, C., Udelsman, B., Malhotra, D., Brovman, E. Y., Urman, R. D., D'Alessandro, D. A., & Tulskey, J. A. (2019). Adult: Mechanical circulatory support in-hospital mortality in older patients after ventricular assist device implantation: A national cohort study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 158(2), 466-75.e4.

Longhini, J., Canzan, F., Zambiasi, P., Toccoli, S., Gios, L., Del Greco, M., Sforzin, S.,

Moz, M., Fracchetti, M., Saiani, L., Brolis, R., Guarnier, A., Soverini, M., Maines, M., & Ambrosi, E. (2022). Il modello TeMP_Cardio per la gestione del paziente con scompenso cardiaco sul territorio: uno studio di fattibilità con l'introduzione dell'infermiere di famiglia e comunità. *Assist Inferm Ric*, 41(2), 74-86.

Matthews, J. C., Koelling, T. M., Pagani, F. D., & Aaronson, K. D. (2008). The Right Ventricular Failure Risk Score: A Pre-Operative Tool for Assessing the Risk of Right Ventricular Failure in Left Ventricular Assist Device Candidates. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(22), 2163-72.

McHorney, C. A., Mansukhani, S. G., Anatchkova, M., Taylor, N., Wirtz, H. S., Abbasi, S., Battle, L., Desai, N. R., & Globe, G. (2021). The impact of heart failure on patients and caregivers: A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(3), 1–19.

Miller, L. W., & Lietz, K. (2006). Candidate selection for long-term left ventricular assist device therapy for refractory heart failure. *Current controversies*, 25(7), 756-64.

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2025). Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute. (4^a ed. italiana su 7^a ed. Inglese). A cura di Rigon, L. A. CEA (Casa Editrice Ambrosiana) / Zanichelli.

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 675-84.

Nocelli, F. M., & Acquaroli, F. (2021). DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE (n. 1121). Giunta Regionale.

Nocelli, F. M., & Acquaroli, F. (2024). Tariffe relative alle cure domiciliari per la Regione Marche. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Cure Domiciliari prestazionali. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE, n. 1448. Regione Marche.

Oliva, F., & Alunni, G. (2002). Scompenso cardiaco refrattario. Modelli di gestione ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare. *Italian Heart Journal. Supplement*, 3(8), 837-50.

Pi, H.-Y., & Hu, X. (2016). Nursing care in old patients with heart failure: current status and future perspectives. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13, 387–90.

Pulignano, G., Scherillo, M., Sindaco, D. D., Giulivi, A., & Giovannini, E. (2004). Qualità delle cure e modelli di assistenza per i pazienti anziani con scompenso cardiaco. *Italian Heart Journal. Supplement*, 5(12), 74–86.

Racco, F., Gabrielli, D., Deales, A., & Gruppo di Coordinamento Regionale. (2010). Indagine conoscitiva sulla gestione dello scompenso cardiaco nella Regione Marche. *G Ital Cardiol*, 11(3), 239-45.

Radini, D., Apuzzo, G., Pellizzari, M., Canciani, L., & Altomare, O. (2021). Efficacia delle cure integrate socio-sanitarie supportate dal telemonitoraggio domiciliare nello scompenso cardiaco: il progetto europeo SmartCare in Friuli Venezia Giulia. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 22(3), 221-32.

Riegel, B., Quinn, R., Hirschman, K. B., Thomas, G., Ashare, R., Stawnychy, M. A., Bowles D, K. H., Aryal, S., & Wald, J. W. (2024). Health coaching improves outcomes of informal caregivers of adults with chronic heart failure: A randomized controlled trial.

Circulation: Heart Failure, 17, 615-27.

Rozzini, R., Sabatini, T., Costa, T., & Trabucchi, M. (2004). Il trattamento dello scompenso cardiaco nell'anziano: modelli di cura a confronto. *Geriatrics & Pratica Medica*, (2), 8–10.

Saltamartini, F. (2021). Health technology assessment operativo: La sperimentazione di un report sullo scompenso cardiaco nella regione marche. Regione Marche, ASPES.

Sedgwick, E. K. (2003). *Touching feeling: Affect, pedagogy, performativity*. Duke University Press.

Severino, M. C., Pennucci, F., De Rosis, S., & Vainieri, M. (2024). Suggestions to support caregivers from the narratives of patients: The case of heart failure patients. *La Rivista di Servizio Sociale*, 2/2024, 69-82.

Tozzi, V., Zazzera, A., Ferrara, L., Bordon, P., Cacciapuoti, I., Cipriani, M., De Luca, G., Di Somma, M. R., Gabbianelli, M., Gabrielli, D., Ghiotto, M. C., Locati, F., Mastrobuono, I., Merlino, L., Roti, L., & Tecleme, P. (2020). Position paper sulle politiche per la cronicità e sugli interventi per la gestione dello scompenso cardiaco. *MECOSAN*, 2019/111, 83-111.

Trombetta, A., & Ruggiero, F. (2024). Pazienti affetti da scompenso cardiaco: il ruolo del caregiver nel self-care management. *G Med Mil*, 174(1), 9–24.

Yoong, S. Q., Tan, R., & Jiang, Y. (2024). Dyadic relationships between informal caregivers and older adults with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(8), 833-54.

RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine di questo percorso, mi rendo conto che una tesi non si scrive mai da soli. È il risultato di un lavoro d'équipe, dove ogni persona cara ha ricoperto un ruolo fondamentale nel mio personale "Ospedale della Vita". Desidero, dunque, ringraziare profondamente tutti coloro che mi hanno sostenuta finora.

DIREZIONE SANITARIA:

A me stessa, per essere stata la "Direttrice Sanitaria" della mia determinazione. Grazie per aver avuto il coraggio di cambiare facoltà, stravolgendo completamente la mia vita. Sono orgogliosa di aver stretto i denti e di non aver mai mollato nei turni di studio più massacranti; per aver gestito le emergenze emotive e per aver ricordato, anche nei momenti di stanchezza, quando tutto sembrava irraggiungibile, il motivo profondo per cui ho scelto questa missione.

SUPERVISIONE CLINICA:

Alla mia relatrice, la Dott.ssa Carla Lucertini. Grazie per avermi guidata con rigore e competenza, fungendo da bussola scientifica in questo progetto. La sua disponibilità è stata il protocollo perfetto per trasformare le mie intuizioni in questa tesi.

TERAPIA INTENSIVA:

A mia madre Daniela, la mia "Terapia Intensiva", senza la quale oggi non sarei qui. Sei stata il mio supporto vitale costante, colei che ha monitorato ogni mio respiro e ha saputo infondermi il coraggio necessario per resistere, facendoti carico di ogni mia fragilità con un amore infinito. Grazie per aver avuto la forza di due genitori in uno e per avermi dato l'opportunità di inseguire i miei sogni, sostenendomi e supportandomi in ogni fase di questo cammino.

A mio padre Sauro, che non è più qui fisicamente ma resta il mio "Monitor Centrale". Anche se oggi non puoi vedermi con la corona d'alloro, so che il tuo ricordo è il battito che ha dato ritmo al mio studio. Sei l'energia invisibile che ha garantito la mia stabilità

nei momenti bui; l'Amore che mi hai donato, nonostante il poco tempo insieme, ha fatto di me la Donna che sono. Spero di averti reso orgoglioso e di continuare a farlo.

CARDIOLOGIA:

A mia sorella maggiore Margherita, il mio “reparto di Elettrofisiologia”. Grazie per essere stata la scarica elettrica capace di dare ritmo alle mie giornate, anche quando non era facile da gestire. Tra battiti accelerati e momenti di silenzio, sei stata lo stimolo necessario a scuotermi dal torpore. Anche se il nostro non è un tracciato sempre lineare, resti la connessione fondamentale che, nel bene e nel male, fa battere il mio cuore e mi spinge a reagire.

ORTOPEDIA:

A mia nonna Delfina, la mia “Colonna Portante”: custode della mia storia e seconda mamma. Grazie per essere il pilastro centrale della mia vita, per la tua saggezza infinita e per avermi insegnato che la famiglia è la struttura più solida su cui costruire il futuro. Sei la stabilità che mi tiene retta nei momenti di stanchezza.

A mio nonno Erminio, il mio “Supporto Invisibile dal Reparto della Memoria Eterna”. Anche se mi guardi da un altro piano, resti la base inscalfibile su cui poggia la mia divisa. Grazie per aver seminato in me quei valori di umiltà e dedizione che porto con orgoglio in ogni reparto. Spero di renderti fiero dell'infermiera che sono diventata: questa laurea è la nostra vittoria, un traguardo che raggiungiamo insieme, oltre ogni confine spaziale e temporale.

Ai miei nonni Lina e Giacomo, la mia “Memoria Motoria”. Anche se non siete più qui, il vostro amore incondizionato è diventato parte integrante del mio modo di muovermi nel mondo. Grazie per non avermi mai fatto mancare nulla: siete la spinta silenziosa che guida ogni mio passo verso i pazienti.

NEFROLOGIA E DIALISI:

Ai miei zii Valeria e Amedeo, il mio centro di “Equilibrio Vitale”: rappresentate per me un porto sicuro e un esempio costante di generosità. Grazie per aver filtrato le mie

preoccupazioni e per aver creduto in me in ogni momento, garantendo con il vostro affetto la mia stabilità emotiva.

Ai miei cugini Simone e Leonardo, i miei esperti di “Dialisi dell’Anima”: come fratelli maggiori, siete stati pronti a intervenire per purificare i miei pensieri da dubbi e insicurezze. Con i vostri consigli, le “strigliate” al momento giusto e la vostra guida, mi avete aiutato a rigenerare la grinta necessaria per diventare chi sono oggi.

MEDICINA PREVENTIVA E SCREENING:

Alla mia madrina Kathleen, il mio “Servizio di Screening del Potenziale”: grazie per aver sempre guardato oltre l’evidenza, incoraggiandomi a dare il massimo prima ancora che io stessa ci credessi. Sei stata la guida che ha monitorato il mio percorso negli anni con amore e lungimiranza, assicurandoti che la mia motivazione fosse sempre “accreditata” al massimo livello. Il tuo bene è la miglior profilassi contro lo scoraggiamento.

BLOCCO OPERATORIO:

A tutti coloro che hanno indossato il camice insieme a me in questo lungo “intervento” durato anni, coordinando ogni manovra affinché oggi potessi arrivare al traguardo.

Ai miei migliori amici, i miei “Chirurghi a distanza”: Giovanna, colonna portante dai banchi delle superiori, e Federico, compagno di vita e di avventure sin dall’infanzia. Anche se oggi operiamo in fusi orari differenti e a chilometri di distanza, la vostra presenza è stata il mio Telemonitoraggio costante. Grazie per esserci stati sempre, pronti ad intervenire “via cavo” per stabilizzare il mio umore quando la distanza e la fatica si facevano sentire. La nostra amicizia, radicata in una vita intera passata insieme, non conosce confini geografici.

Alle mie amiche di sempre, le mie “Strumentiste” di fiducia: Francesca, che si scorda sempre tutto ma mai di me; Chiara, che tra un palleggio e una pacca sulla spalla mi sostiene continuamente; e Federica, che tra consulenze fisioterapiche e bevute di conforto mi rimette sempre in sesto. Grazie per avermi passato lo strumento giusto al momento giusto, che fosse una parola di conforto, un’uscita distensiva o un consiglio sincero. Siete

la mia Equipe di Fiducia, quelle con cui condivido ogni “turno” della vita quotidiana e che sanno leggere i miei silenzi meglio di qualunque tracciato.

A Daniele e Luca, la mia “Unità di Risveglio”: grazie per essere entrati nella mia vita nella fase più delicata, portando nuova energia. Siete stati l’ossigeno necessario a riprendere fiato e l’adrenalina che mi ha scossa dal tepore dello studio, ricordandomi con la vostra amicizia sincera che fuori dalle corsie universitarie esisteva un mondo bellissimo.

Ai miei colleghi di Infermieristica, i miei “Compagni di Trincea”: Gaia, Giulia e Mohamed. Con voi ho condiviso l’odore dei reparti, l’ansia dei tirocini all’alba e lo studio matto e disperato prima degli esami. Siete stati la mia Equipe di Sala, pronti a collaborare in ogni emergenza accademica. Solo noi sappiamo cosa significhi davvero questo percorso.

Alle mie compagne di Economia, il mio “Supporto Tecnico”: Agnese, Clizia, Erica e Giulia. Anche se le nostre strade accademiche si sono divise e quel percorso non è stato terminato, il legame con voi resta saldo. Siete state la mia base logistica, ricordandomi che ogni esperienza, anche quella che cambia rotta, è un tassello fondamentale nella gestione delle risorse del mio cuore.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE:

A Gerald, il mio Big Hero, “Centrale Operativa del Cuore” e mentore di vita: a te, che sei l’anima più pura che io conosca. Grazie per avermi chiamata “collega” quando il mio futuro era ancora tutto da scrivere. Il tuo aiuto è stato la mia “Unità di Crisi” preferita, permettendomi di stare accanto a mio nonno con la forza e la dignità necessarie fino all’ultimo istante. Senza di te questo percorso umano e professionale non avrebbe avuto lo stesso peso. Sei la dimostrazione che la cura più grande non si trova nei manuali, ma nell’anima delle persone.

Alle infermiere dell’ADI, Giuliana, Genetta e Giuliana, le mie mentori sul campo. Grazie per avermi trasmesso la passione per questa meravigliosa professione, facendo crescere

la mia, e per avermi mostrato che l'assistenza non finisce tra le mura dell'ospedale, ma continua nelle case e nei cuori. Vi ringrazio per avermi accolta con rispetto e affetto sin da subito e per continuare a far parte della mia vita, ricordandomi che la miglior "terapia di gruppo" sono le risate, i pranzi e le lunghe chiacchierate condivise con voi.

A tutti voi va il mio grazie: siete stati la miglior cura possibile. Dimissioni ufficiali... verso il mondo del lavoro!