



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

**La gestione del paziente cronico con scompenso  
cardiaco: il ruolo dell'infermiere nel follow-up  
ambulatoriale**

Relatore: Dott.ssa  
Liberati Stefania

Tesi di laurea di:  
Campetelli Giorgia

**Anno Accademico: 2020-2021**

## **INDICE**

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>pag.1</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>pag.3</b>
<b>CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO</b> .....	<b>pag.4</b>
1.1 Le malattie croniche.....	pag.4
1.1.1 Definizione.....	pag.4
1.1.2 Epidemiologia.....	pag.5
1.1.3 Tipologie di malattie croniche.....	pag.7
1.1.4 Cause e fattori di rischio.....	pag.9
1.2 Gestione della cronicità .....	pag.10
<b>CAPITOLO 2 – SCOMPENSO CARDIACO</b> .....	<b>pag.14</b>
2.1 Definizione.....	pag.14
2.2 Eziologia.....	pag.15
2.3 Manifestazioni cliniche e complicanze.....	pag.15
2.4 Classificazione .....	pag.17
2.5 Epidemiologia.....	pag.19
2.6 Gestione dello scompenso cardiaco.....	pag.21
2.7 L’infermiere case-manager nella gestione dello scompenso cardiaco.....	pag.24
<b>CAPITOLO 3 – PROGETTO DI GESTIONE AMBULATORIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO DI CIVITANOVA MARCHE</b> .....	<b>pag.26</b>
3.1 Introduzione.....	pag.26
3.2 Revisione della letteratura.....	pag.27
3.3 Programma di gestione dell’ambulatorio.....	pag.28
3.4 L’infermiere all’interno dell’ambulatorio di Civitanova Marche.....	pag.30

<b>CAPITOLO 4 – MATERIALI E METODI.....</b>	<b>pag.34</b>
4.1 Scopo della ricerca.....	pag.34
4.2 Disegno dello studio e descrizione del campione.....	pag.34
4.3 Strumenti di misura.....	pag.35
<b>CAPITOLO 5 – RISULTATI.....</b>	<b>pag.40</b>
5.1 Elaborazione dei risultati di follow-up telefonico .....	pag.40
5.2 Elaborazione dei risultati degli accessi ospedalieri .....	pag.43
<b>CAPITOLO 6- DISCUSSIONI.....</b>	<b>pag.44</b>
6.1 Considerazioni sui risultati del follow-up telefonico.....	pag.44
6.2 Considerazioni sui risultati degli accessi ospedalieri.....	pag.45
<b>CAPITOLO 7 – CONCLUSIONI.....</b>	<b>pag.46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>pag.48</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>pag.52</b>

## **ABSTRACT**

Lo scompenso cardiaco, o insufficienza cardiaca, è una sindrome clinica complessa caratterizzata da un'alterata funzionalità del cuore che comporta una portata cardiaca e, conseguentemente, un apporto di ossigeno inadeguati a soddisfare le esigenze metaboliche dell'organismo. Questa patologia cronica è in rapida crescita con un tasso di incidenza che aumenta progressivamente. Considerando le dimensioni del problema, i costi elevati di gestione dei pazienti con scompenso cardiaco ed il tasso di morbilità e mortalità associato a tale malattia cronica, si è avvertita sempre più l'esigenza di soluzioni gestionali più efficienti ed efficaci. La gestione ambulatoriale, integrata con interventi infermieristici di counselling e di follow-up, permette una corretta gestione del paziente cronico. Questo consente un monitoraggio continuo delle sue condizioni cliniche e dell'andamento della patologia, ed allo stesso tempo un aumento della conoscenza e della capacità di auto-cura da parte dei soggetti affetti da insufficienza cardiaca. Infatti, numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia della gestione ambulatoriale nel follow-up del paziente con tale patologia. A tal proposito, questo elaborato descrive il progetto dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco realizzato presso l'unità operativa di Cardiologia dell'ospedale di Civitanova Marche.

### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo studio è di descrivere i benefici apportati dalla gestione dei soggetti con insufficienza cardiaca cronica attraverso l'ambulatorio, in cui l'infermiere svolge un ruolo rilevante attraverso le attività di counselling e di follow-up.

### **Materiali e metodi**

E' stato condotto uno studio osservazionale analizzando i dati ricavati dal follow-up telefonico effettuato dall'ambulatorio di Civitanova Marche. Sono state eseguite delle interviste strutturate composte da quattro questionari divisi in moduli: autovalutazione, farmacoterapia, dieta e attività fisica. Per ogni argomento, l'infermiere valuta il grado di comprensione del paziente circa la sua patologia e l'attuazione dei comportamenti raccomandati. Questa analisi è stata condotta su un campione di 153 persone con scompenso cardiaco cronico prese in carico dall'ambulatorio di Civitanova nel periodo di tempo compreso da Aprile del 2017 a Marzo del 2021.

## **Risultati**

Sulla base dei risultati dell'indagine condotta, i pazienti dimostrano un'alta percentuale di risposte positive nella comprensione e nella pratica dei comportamenti corretti. Inoltre, il follow-up ambulatoriale di Civitanova, condotto tramite contatti telefonici programmati, ha contribuito a determinare una significativa riduzione dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso dei pazienti con scompenso cardiaco cronico.

## **Conclusioni**

Questo studio, seppur effettuato su un campione ridotto, ha permesso di dimostrare i benefici apportati dalla gestione ambulatoriale, in termini di capacità di autogestione del paziente, di riduzione degli accessi ospedalieri e di miglioramento della qualità di vita.

## INTRODUZIONE

L'insufficienza cardiaca è una patologia cronica sempre più diffusa ed in rapida crescita nella nostra realtà. E' stato stimato che circa 30 milioni di persone a livello globale sono affette da questa malattia. Essa è associata ad un aumento della morbilità e della mortalità costituendo una delle principali cause di ospedalizzazione.

Essendo una condizione clinica di così notevole rilevanza, questo elaborato pone l'attenzione sull'importanza di una corretta gestione di persone con tale patologia.

In particolare, viene descritta la gestione ambulatoriale del soggetto con scompenso cardiaco, attraverso un monitoraggio infermieristico effettuato tramite visite ambulatoriali e contatti telefonici frequenti.

L'interesse nei confronti di tale argomento nasce dall'esperienza maturata nel corso del tirocinio presso l'unità operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Civitanova Marche, in cui è stato realizzato un progetto di gestione ambulatoriale del paziente con scompenso cardiaco cronico.

L'insufficienza cardiaca cronica ha assunto una rilevanza sempre maggiore nel quadro sanitario italiano ed è una patologia che necessita di continuità assistenziale e di un attento monitoraggio. Quest'ultimo può essere realizzato tramite interventi infermieristici di counselling del paziente e di follow-up, andando a considerare il soggetto come una parte attiva nella gestione della patologia.

Tale approccio ha come obiettivo primario la promozione dell'autonomia della persona che diventa in grado di autogestirsi.

Con questa premessa questa tesi si pone lo scopo di illustrare l'importanza del ruolo dell'infermiere nella gestione del soggetto cardiaco cronico e di dimostrare, attraverso l'analisi dei dati raccolti dallo studio osservazionale condotto presso l'ambulatorio, i benefici apportati dalla gestione ambulatoriale infermieristica in termini di miglioramento della qualità di vita dei soggetti e di riduzione degli accessi ospedalieri.

# **CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO**

## **1.1 MALATTIE CRONICHE**

### **1.1.1 Definizione**

Per malattie croniche si intendono patologie che causano una condizione persistente di lunga durata e spesso di lenta progressione che richiedono un lungo periodo di supervisione, osservazione o cura<sup>1</sup>.

Si tratta di un ampio gruppo di malattie che comprende principalmente le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Sono comprese in questo gruppo anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.<sup>2</sup>

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità queste malattie sono “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”.

Da queste varie definizioni si può dedurre che la gestione ed il controllo delle patologie croniche implicano un importante impiego di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti, ad esempio ospedalizzazione, farmaci e assistenza medica, sia di costi indiretti, come ad esempio mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita.

Secondo la World Health Organization le malattie croniche sono patologie di lunga durata e sono il risultato di una combinazione di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali.<sup>3 4</sup>

Il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono:

- Insorgenza graduale nel tempo
- Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
- Cura continua, raramente risolutiva
- Terapia casuale non sempre disponibile
- Il ripristino completo della salute è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
- Assistenza sanitaria a lungo termine

### **1.1.2 Epidemiologia**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica, attualmente, nelle malattie croniche la principale causa di disabilità e di morte. Le malattie croniche uccidono 41 milioni di persone ogni anno, ovvero il 71% di tutti i decessi a livello globale. Nonostante queste condizioni siano spesso associate a gruppi di età più avanzata, persone di tutte le età sono affette da malattie croniche infatti i dati dimostrano che più di 15 milioni di persone muoiono di patologie croniche tra i 30 e i 69 anni. Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi, con 17,9 milioni di persone ogni anno, seguite dai tumori, 9,3 milioni, malattie respiratorie, 4,1 milioni e diabete, 1,5 milioni.

Si stima che 36 dei 57 milioni di decessi verificatisi nel mondo nel 2008, ovvero il 63%, sono stati causati da malattie non trasmissibili, in primo luogo le malattie cardiovascolari (48% del totale), i tumori (21%), le patologie respiratorie croniche (12%) e il diabete (3,5%).<sup>5</sup>

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi infatti malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. <sup>6</sup>

In Italia il profilo demografico è particolarmente caratterizzato dal fenomeno dell'invecchiamento. L'Italia è uno dei paesi più vecchi d'Europa e del mondo con la sua quota di ultra65enni sul totale della popolazione che, secondo dati EUROSTAT a gennaio 2013, è pari al 21,2% rispetto al 18,2% dell'Unione Europea. Secondo i dati ISTAT la quota di anziani sul totale della popolazione nell'anno 2014 è pari al 21,4%.

In tale assetto demografico risulta ampiamente probabile un incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche che risultano in aumento al crescere dell'età e per questo presenti soprattutto tra gli anziani over 74 anni. La percentuale di persone che dichiara di avere almeno una patologia cronica è del 37,9% nel 2013. Il 20,0% afferma di avere almeno due patologie croniche e considerando le fasce di età più anziane il 48,7% delle persone dai 65 ai 74 anni ed il 68,1% di quelle dai 75 anni in su si dichiarano affetti da almeno due malattie croniche. In particolare, secondo i dati rilevati dall'Istat le malattie croniche con maggiore prevalenza sono: l'artrosi/artrite (16,4%), l'ipertensione (16,7%), le malattie allergiche (10,0%), la bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), il diabete (5,4%). Il Centro ha un numero di abitanti con almeno una patologia cronica del 39,1%, il Nord 38,3%, ed infine il Sud con il 21,1%.

Nel 2018 le patologie croniche hanno interessato quasi il 40% della popolazione, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5 milioni hanno multi-cronicità. <sup>7</sup>

Sono state effettuate indagini su un campione nazionale di circa 130 mila adulti e 40 mila anziani ed hanno raccolto informazioni sullo stato di salute di adulti e anziani, sui fattori di rischio comportamentali associati all'insorgenza delle patologie croniche indagate, ovvero cardiopatie (infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore), ictus o ischemia cerebrale, tumori (comprese leucemie e

linfomi), malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), diabete, malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale.

Da questa indagine emerge una dimensione della cronicità e della policronicità, ovvero presenza di due o più patologie, che raggiunge numeri importanti con l'avanzare dell'età: già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche. La prevalenza per singole patologie croniche cambia notevolmente con l'età e se prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio coinvolgendo mediamente il 6% degli adulti, dopo questa età e all'avanzare degli anni aumenta considerevolmente anche la frequenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono prevalenze intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni. La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo, circa il 15%, intorno agli 80 anni mentre i casi con eventi pregressi di ictus e ischemie cerebrali, così come i casi con insufficienza renale, numericamente più contenuti, iniziano ad aumentare dopo i 70 anni.

### **1.1.3 Tipologie di malattie croniche**

Le malattie croniche sono condizioni di salute oggi molto diffuse a livello mondiale. Si tratta di un ampio gruppo di patologie che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete, le malattie croniche dell'apparato respiratorio. A questo elenco si possono aggiungere anche le malattie mentali, disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, difetti della vista e dell'udito, malattie genetiche.

Le malattie cardiovascolari sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche, 17,9 milioni di persone all'anno, seguite da tumori (9,3 milioni), malattie respiratorie (4,1 milioni) e diabete (1,5 milioni).<sup>8</sup>

Le principali malattie croniche sono le seguenti: <sup>9</sup>

- Patologie dell'apparato locomotore riguardanti le mani, le gambe, i piedi (inclusi artrite e reumatismi), la schiena ed il collo
- Cancro
- Patologie riguardanti la pelle
- Patologie cardiache
- Patologie respiratorie, inclusi asma o bronchite
- Disturbi digestivi, allo stomaco, fegato o reni
- Diabete
- Epilessia, Gravi mal di testa, come l'emicrania
- Difficoltà di apprendimento
- Ansia cronica
- Depressione
- Altri disturbi mentali, nervosi o emotivi
- Altre patologie progressive (HIV, SLA, Morbo di Parkinson, Alzheimer)

La cronicità rappresenta una priorità anche per il nostro Ministero della Salute, che ha emanato il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016. Secondo il PNC le malattie croniche vengono classificate in:<sup>10</sup>

- malattie renali croniche e insufficienza renale
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica
- insufficienza respiratoria in età evolutiva
- asma in età evolutiva
- malattie endocrine in età evolutiva
- malattie renali croniche in età evolutiva

### 1.1.4 Cause e fattori di rischio

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Sono inoltre causate da fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi. <sup>11</sup>

Le cause delle malattie croniche si dividono in:

- Fattori socioeconomici, culturali, politici e ambientali: globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento della popolazione;
- Fattori di rischio comuni modificabili: alimentazione scorretta, mancanza di attività fisica, consumo di tabacco;
- Fattori di rischio non modificabili: Età, ereditarietà;

I fattori di rischio legati, legati in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili, come l'uso del tabacco, l'inattività fisica, una dieta malsana e l'uso dannoso di alcol, aumentano il rischio di malattie croniche.

- Il tabacco è responsabile di oltre 7,2 milioni di decessi ogni anno (compresi gli effetti dell'esposizione al fumo passivo) e si prevede che aumenterà notevolmente nei prossimi anni
- 4,1 milioni di decessi annuali sono stati attribuiti all'eccessiva assunzione di sale/sodio
- Più della metà dei 3,3 milioni di decessi annuali attribuibili al consumo di alcol sono dovuti a malattie non trasmissibili
- 1,6 milioni di decessi all'anno possono essere attribuiti a un'attività fisica insufficiente

Inoltre i fattori di rischio metabolico contribuiscono a quattro cambiamenti metabolici chiave che aumentano il rischio di malattie non trasmissibili:

- Aumento della pressione sanguigna;
- Sovrappeso/obesità;
- Iperglicemia (livelli elevati di glucosio nel sangue);
- Iperlipidemia (livelli elevati di grassi nel sangue).

In termini di decessi attribuibili, il principale fattore di rischio metabolico a livello globale è l'elevata pressione sanguigna (a cui è attribuito il 19% dei decessi globali), seguita da sovrappeso e obesità e aumento della glicemia.<sup>12</sup>

Tra gli altri fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche ci sono alcuni agenti infettivi, responsabili dei tumori alla cervice e al fegato, e fattori ambientali come l'inquinamento dell'aria, che contribuisce all'insorgenza di asma e altri disturbi respiratori cronici. Anche i fattori psicosociali e genetici svolgono un ruolo importante.<sup>13</sup>

## **1.2 GESTIONE DELLA CRONICITA'**

Per affrontare questo importante fenomeno della cronicità nascono nuovi concetti come l'assistenza multidimensionale e multi professionale, la globalità dei bisogni e la gestione proattiva che impongono di ripensare l'organizzazione dei servizi.<sup>14</sup>

Emerge, inoltre, la necessità di prendere in considerazione nuove dimensioni come la malattia vissuta dall'individuo e non solo la malattia organica, il mantenimento e non solo la guarigione, l'accompagnamento e non solo la cura, le risorse del paziente e non solo le risorse tecnico-professionali.<sup>15</sup>

Da questi presupposti nasce l'esigenza di rivisitare i percorsi assistenziali e di sperimentare nuove formule organizzative dell'assistenza basate sulla gestione integrata attuata attraverso percorsi assistenziali condivisi che valorizzino i contributi delle varie componenti e dei vari attori assistenziali lungo il continuum di cura del paziente. Il presupposto per il realizzarsi di questo importante progetto è l'assunzione di un approccio sistemico e integrato che implichi un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che hanno il compito di sviluppare interventi mirati a obiettivi comuni.<sup>16</sup>

Le malattie croniche richiedono una gestione continua dei pazienti a causa delle frequenti riacutizzazioni e dei numerosi ricoveri con peggioramento della qualità della vita. Partendo dall'analisi multifattoriale del bisogno assistenziale, per il miglioramento della qualità della vita e la riduzione dei costi sanitari, si dovrebbe arrivare a definire forme alternative alla tradizionale assistenza di tipo ospedaliero. E' fondamentale l'integrazione tra ospedale e servizi erogati sul territorio nell'ottica della continuità assistenziale e dell'ottimizzazione dei servizi offerti ai cittadini e utenti.<sup>17</sup>

La continuità assistenziale rappresenta un obiettivo e contemporaneamente una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane, poste in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo.

Le strategie per affrontare adeguatamente le malattie croniche sono ben diverse da quelle attuate per la malattie acute: richiedono un diverso ruolo delle cure primarie basato sulla medicina d'iniziativa e un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute.

Il paradigma dell'iniziativa è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche ed è caratterizzato da:

- La valutazione dei bisogni della comunità e l’attenzione ai determinanti della salute;
- La propensione agli interventi di prevenzione, alle attività programmate e agli interventi proattivi;
- Il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l’attività di counselling individuale e di gruppo, l’interazione con le risorse della comunità.

La sanità d’iniziativa è quella che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche dove l’assistenza è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti.

Nel 2016 viene pubblicato il “Piano Nazionale delle Cronicità”, messo a punto dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e condiviso con le Regioni.<sup>18</sup>

Questo documento nasce dall’esigenza di individuare un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sull’approccio centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza.

Obiettivo fondamentale del Piano è “quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini”. Il Piano si concentra sulla necessità di una migliore organizzazione dei Servizi e una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresa la persona con cronicità, allo scopo di prevenire o ritardare il più possibile l’insorgenza delle complicanze.

Per affrontare, gestire e controllare la cronicità è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità a tutto il sistema creato intorno ad essa, formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui. Si deve promuovere una nuova cultura che dovrà influenzare tutte le scelte di politica

sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi. Questo è il presupposto fondamentale per la gestione efficace della cronicità.

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità. La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è indice di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza.

Un aspetto fondamentale è la personalizzazione del piano assistenziale nell'ambito delle patologie croniche che si rende necessaria per motivi di natura clinica e per motivi non-clinici legati ai bisogni connessi alla convivenza con la cronicità ed alla qualità di vita. Nell'ambito di una stessa patologia cronica i pazienti possono avere caratteristiche cliniche molto diverse, pertanto, nella programmazione degli interventi assistenziali è necessario almeno differenziare i pazienti in base alla fase di storia naturale della malattia, più o meno avanzata, correlata con la complessità assistenziale.

## CAPITOLO 2 - SCOMPENSO CARDIACO

### 2.1 Definizione

Lo scompenso cardiaco, o insufficienza cardiaca, viene definito come “una sindrome clinica complessa risultante dalla compromissione strutturale o funzionale del riempimento ventricolare o dell’espulsione del sangue”.<sup>19</sup>

Questa condizione è determinata dall’incapacità del cuore di mantenere una gettata cardiaca e, conseguentemente, un apporto di ossigeno tali da soddisfare le esigenze metaboliche tissutali.<sup>20</sup>

Esso può riguardare singolarmente la parte destra o sinistra del cuore e viene quindi distinta tra insufficienza destra e sinistra. Possiamo anche lo scompenso cardiaco in base alla fase in cui emerge la disfunzione e quindi viene divisa in sistolica e diastolica. Nella prima il problema riguarda la ridotta contrattilità del miocardio che quindi non riesce ad eiettare una quantità di sangue adeguata nel circolo polmonare e sistemico mentre nella seconda ci riferiamo all’inadeguatezza del rilasciamento ventricolare che porta ad un ridotto riempimento e conseguente gittata.

A seconda della modalità di insorgenza, esistono due tipologie di scompenso cardiaco:<sup>21</sup>

- Cronico: è il risultato dell’accumulo di danni di varia natura a carico del cuore che avviene nell’arco di un lungo periodo temporale, in cui l’insufficienza cardiaca si aggrava lentamente e progressivamente col passare del tempo;
- Acuto: si tratta di un’emergenza medica caratterizzata dall’improvvisa e rapida insorgenza o aggravamento di sintomi e segni di insufficienza cardiaca. Può comparire all’improvviso in corso, ad esempio, di infarto del miocardio, embolia polmonare, valvulopatie acute, importanti aritmie, crisi ipertensive. Nella maggior parte dei pazienti è dovuto a un repentino peggioramento di uno scompenso cardiaco cronico pre-esistente in presenza di un fattore precipitante o scatenante (aritmie, rialzi della pressione arteriosa, infezioni, sospensione della terapia).

## **2.2 Eziologia**

Lo scompenso cardiaco costituisce il punto di arrivo ed il risultato di numerose condizioni patologiche sottostanti. I fattori di rischio più comuni per lo scompenso cardiaco sono l'ipertensione, il diabete, la presenza di sindrome metabolica e la presenza di aterosclerosi coronarica (principale causa, riscontrata nel 60% dei casi)<sup>22</sup>.

Le patologie che possono portare allo scompenso sono da ricercare in tutte le patologie che compromettono la capacità contrattile del cuore: tra le più comuni si riscontrano le disfunzioni miocardiche (derivanti da coronaropatie, da patologie infiammatorie e degenerative del miocardio o da cardiomiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva), l'ipertensione sistemica o polmonare, aritmie e le disfunzioni valvolari. La comparsa della cardiomiopatia inoltre è stata associata a disfunzioni metaboliche (obesità, diabete, ipertiroidismo), tossicità indotta (fumo, alcolismo, uso di cocaina, uso di alcuni farmaci inclusi nelle terapie oncologiche), anoressia, patologie infiammatorie infettive (miocardite, HIV) e non (miocardite da reazioni di ipersensibilità) ed altre possibili cause.<sup>23</sup>

Tali condizioni rendono il muscolo cardiaco insufficiente a soddisfare le necessità metaboliche degli organi periferici.

## **2.3 Manifestazioni cliniche e complicanze**

I segni e sintomi dello scompenso cardiaco possono manifestarsi in modo lento e progressivo, oppure possono costituire la manifestazione d'esordio della patologia scatenante con rapida evoluzione fatale se non si inizia tempestivamente un adeguato trattamento. Negli stadi iniziali i sintomi si manifestano solo a seguito di uno sforzo. Quando lo scompenso cardiaco aumenta di gravità, i sintomi tendono a manifestarsi anche a riposo.

Nello scompenso di sinistra il ventricolo non riesce a pompare adeguatamente il sangue in aorta: ciò porta ad un ristagno ematico e ad un conseguente aumento della pressione intraventricolare che si ripercuote sulle pressioni atriale e polmonare. A livello dei polmoni l'aumento della pressione intravasale fa sì che del liquido trasudi dai vasi nel tessuto polmonare e negli alveoli andando ad interferire con il normale scambio gassoso. Di conseguenza i segni e sintomi predominanti riguardano l'apparato respiratorio: infatti si assiste alla comparsa di dispnea (sotto sforzo, a riposo, in posizione supina/ortopnea o notturna parossistica), tosse (da secca a umida) e crepitii (inizialmente alla base poi in tutti i campi polmonari con l'aggravarsi della patologia). Oltre le problematiche polmonari, il minor apporto di sangue eiettato corrisponde ad una minor ossigenazione dei tessuti e ciò si ripercuote subito sul cervello: la persona inizia così a sentirsi irrequieta, ansiosa e poi confusa. Oltre a disturbi cerebrali, la bassa ossigenazione stimola il sistema nervoso simpatico ad una reazione allo stress con vasocostrizione periferica, che genera pallore e sudorazione fredda, e tachicardia.

Lo scompenso di destra porta alla congestione, per aumento delle pressioni del cuore destro, e alla trasudazione di liquido dalla circolazione venosa: le conseguenze sono evidenti nella presenza di edemi declivi, specialmente dopo un lungo periodo in ortostatismo, e nell'aumento ponderale poiché il trasudato non viene adeguatamente riassorbito e va ad aumentare il peso.

In entrambi i casi vanno aggiunti anche la debolezza e i disturbi neurologici comuni all'insufficienza di entrambi i lati a causa della minor ossigenazione di tutti i tessuti. Il punto comune ad entrambi i tipi di insufficienza è l'instaurarsi di una situazione di ridotta tolleranza all'attività, la quale può andare da uno sforzo intenso o addirittura a nessuno sforzo, da parte del malato.

Per riassumere i sintomi più comuni dell'inadeguato apporto di sangue ossigenato agli organi e dell'accumulo/congestione di fluidi sono:

- Dispnea (affanno/difficoltà respiratoria), da sforzo nelle fasi iniziali, a riposo nelle fasi più avanzate oppure nelle forme acute;
- Ortopnea (affanno/difficoltà respiratoria che si manifesta in posizione supina/sdraiata e che migliora con la posizione seduta o eretta);

- Dispnea parossistica notturna (affanno/sensazione di mancanza di respiro) che compare improvvisamente durante la notte risvegliando il paziente, spesso dopo 1 o 2 ore di sonno, e che di solito è alleviata mettendosi seduti sul letto;
- Tosse
- Ridotta tolleranza allo sforzo
- Astenia (affaticamento, debolezza)
- Edemi (gonfiore), in particolare alle caviglie e ai piedi.
- I pazienti più anziani possono presentare anche stato confusionale.

Le complicanze a cui si può andare incontro in caso di un episodio di scompenso cardiaco acuto sono rappresentate da tromboembolia, edema polmonare con conseguente arresto respiratorio, ischemia cardiaca e infarto, aritmia, shock cardiogeno, effusione con tamponamento pericardico e conseguente arresto cardiaco. La conseguenza delle complicanze è presente nel caso di un ritardo nel riconoscimento e trattamento dell'episodio ma anche nel caso dell'aggravarsi generale della situazione clinica.<sup>24</sup>

## **2.4 Classificazione dello scompenso cardiaco**

L'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno sviluppato una classificazione dell'insufficienza cardiaca nei seguenti 4 stadi:

- STADIO A Pazienti ad alto rischio di sviluppare lo scompenso congestizio ma che non hanno disordini strutturali del cuore.
- STADIO B Pazienti con malattia strutturale del cuore ma che non hanno mai sviluppato sintomi di scompenso congestizio
- STADIO C Pazienti con pregressi o presenti sintomi di scompenso congestizio associato a malattia strutturale del cuore.
- STADIO D Pazienti con malattia allo stadio terminale che richiedono trattamento specializzato come supporto meccanico alla circolazione, infusione continua di inotropi, trapianto o Hospice care.

Nello specifico i pazienti in stadio A sono pazienti a rischio di sviluppare scompenso cardiaco ma che non hanno anomalie strutturali del cuore e non hanno mai avuto scompenso. Fanno parte di questo stadio i soggetti con ipertensione arteriosa, diabete, storia familiare di cardiopatia, abuso di alcool, farmaci cardiotossici. I soggetti in stadio B sono pazienti con danno strutturale cardiaco che è fortemente associato a scompenso cardiaco ma che non hanno mai sviluppato scompenso e sono in apparente stato di benessere, senza sintomi ma che hanno avuto un infarto e che hanno una disfunzione del ventricolo sinistro o valvulopatia o ipertrofia o fibrosi e dunque sono a rischio considerevole di sviluppare scompenso. Lo stadio C comprende pazienti con disfunzione del ventricolo sinistro con sintomi in atto o pregressi di scompenso congestizio. Nello stadio D troviamo soggetti che hanno sintomi a riposo, non sono in grado di svolgere la maggior parte delle attività di vita quotidiana, richiedono lunghi periodi di ospedalizzazioni per le frequenti recidive. Sono pazienti in scompenso refrattario, sintomatici a riposo o per lievi sforzi nonostante la terapia massimale con farmaci efficaci.

Questa classificazione è complementare e non sostitutiva della New York Heart Association che ne identifica 4 classi funzionali, in rapporto alle attività che il paziente, affetto da questa patologia, è in grado di effettuare. Le classi sono le seguenti:

- I. CLASSE L'attività fisica ordinaria non causa limitazione funzionale: affaticamento, dispnea o palpitazioni.
- II. CLASSE L'attività fisica ordinaria comporta una leggera limitazione funzionale: affaticamento, dispnea e palpitazione. Assenza di sintomi a riposo.
- III. CLASSE L'attività fisica inferiore a quella ordinaria causa affaticamento, palpitazioni e dispnea. Importante limitazione funzionale.
- IV. CLASSE Pazienti non in grado di eseguire alcuna attività fisica senza sintomi. Segni di scompenso a riposo e sintomi per attività fisica di lieve entità.

La diagnosi di scompenso cardiaco si basa sul riscontro clinico dei tipici sintomi e segni, oltre che sull'anamnesi, e va verificata tramite diversi esami strumentali e di laboratorio.

## 2.5 Epidemiologia

L'insufficienza cardiaca è un problema di salute pubblica in rapida crescita con una prevalenza stimata di > 37,7 milioni di individui a livello globale ed è associata ad un aumento della morbilità e della mortalità costituendo una delle principali cause di ospedalizzazione.<sup>25</sup>

L'incidenza di questa patologia è in netto aumento a causa dell'aumentata sopravvivenza in seguito ad infarto miocardico acuto e soprattutto dell'allungamento della vita media. In Europa lo scompenso cardiaco assume una prevalenza dello 0,4%-2%: la metà dei malati muore entro 5 anni dalla diagnosi, e metà dei soggetti con scompenso grave entro 1 anno. La prevalenza raddoppia per ogni decennio di vita raggiungendo il 6-10% nei soggetti di età superiore ai 65 anni. Inoltre, lo scompenso cardiaco è l'unica patologia cardiovascolare maggiore a presentare un'incidenza in continuo aumento negli ultimi 40 anni. In Italia si stimano circa 1 milione di pazienti con scompenso cardiaco, pari all'1,7% della popolazione, con circa 90.000 nuovi casi all'anno. La prevalenza della malattia aumenta di circa il 2% per ogni decade di età sino a raggiungere almeno il 10% nei pazienti over 70. I fattori che hanno portato a questi progressivi incrementi sono molteplici: invecchiamento della popolazione, riduzione della mortalità per eventi acuti cardiovascolari, efficacia del trattamento delle malattie croniche ed aumentata sopravvivenza per malattie neoplastiche, trattate con chemioterapici potenzialmente cardiotossici e radioterapia.<sup>26</sup>

L'età costituisce una condizione di rischio molto importante: l'incidenza rimane bassa nelle persone tra i 40 e i 50 anni, mentre sale al 10% nei soggetti con età maggiore a 75 anni.<sup>27</sup>

In Italia circa il 5% della popolazione generale è affetto da insufficienza cardiaca conclamata o asintomatica. Lo scompenso cardiaco cronico è gravato da un elevato tasso di mortalità: circa il 10% dei pazienti muore in occasione del primo ricovero ospedaliero, oltre il 25% decede entro un anno dalla diagnosi e circa la metà entro 5 anni; inoltre, quasi il 60% viene re-ospedalizzato entro un anno dal primo ricovero.<sup>28</sup>

Secondo il Rapporto annuale 2017 sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute, lo scompenso cardiaco è la prima causa di ricovero per malattie non chirurgiche. L'impatto dello scompenso cardiaco sulla società è ben noto e documentato. L'età mediana dei soggetti ricoverati per scompenso è di circa 80 anni, di cui circa la metà appartenenti al genere femminile. Lo scompenso rappresenta inoltre la più importante causa di ospedalizzazione in Italia per i pazienti con età >65 anni con circa 190.000 ricoveri nel 2013 e una durata media di ospedalizzazione pari a 9 giorni.<sup>29</sup>

Il 59% dei pazienti, a causa della presenza di altre malattie concomitanti, viene riospedalizzato entro l'anno. Si calcola che il costo per il SSN sia circa 400 milioni di euro l'anno, pari all'1-2% della spesa sanitaria totale annuale<sup>30</sup>. Questo costo è destinato ad aumentare nei prossimi decenni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. E' pertanto necessario stabilire delle corrette strategie di prevenzione ed una efficace gestione del paziente nella fase cronica della patologia al fine di ridurre le riospedalizzazioni.

Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica, progressiva, associata ad elevati costi per l'elevata mortalità e morbilità; poiché la sua incidenza e prevalenza aumentano con l'avanzare dell'età, anche i costi sono destinati ad aumentare in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione.

## 2.6 GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Considerando le dimensioni del problema, i costi elevati di gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e la necessità di approccio multidisciplinare al problema, si è avvertita sempre più l'esigenza di soluzioni gestionali più efficienti ed efficaci. Infatti, si raccomanda che i pazienti con scompenso cardiaco vengano arruolati in un programma multidisciplinare di gestione dell'insufficienza cardiaca, come riportato dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia pubblicate nel 2016.<sup>31</sup>

Le soluzioni gestionali attualmente proposte prevedono:

- 1) Modello multispecialistico, che presuppone un approccio multidisciplinare in cui tutti i protagonisti della gestione del paziente possano essere coinvolti. La gestione ottimale del paziente con scompenso cardiaco deve prevedere l'assenza di sovrapposizioni di compiti e ruoli tra i diversi livelli di interventi nell'ambito delle cure primarie, secondarie e terziarie, nonché una perfetta integrazione territorio-ospedale così da garantire al paziente-utente efficacia ed efficienza.
- 2) Modello incentrato su strutture cardiologiche dedicate. Tali unità hanno sede nelle divisioni di cardiologia e devono avere: accesso facilitato, organizzazione integrata con gli ambulatori, day hospital, personale e strumentazione per la diagnostica e monitoraggio.
- 3) Modello basato sulla gestione infermieristica, prevede l'affidamento agli infermieri di maggiori compiti nella comunicazione con il paziente e nella educazione dello stesso alla gestione della malattia.

La gestione corretta del paziente con scompenso cardiaco prevede anche la realizzazione dell'educazione ed il coinvolgimento del paziente, la continuità assistenziale, l'approccio multidisciplinare integrato e condiviso tra ospedale, centri ambulatoriali di assistenza specialistica e medicina di base.<sup>32</sup>

E' necessaria l'elaborazione di un protocollo assistenziale condiviso e programmato per la gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico o riacutizzato. Tale protocollo dovrà essere funzionale, agevole e costruito sulle esigenze assistenziali dei singoli

pazienti con diagnosi certa di scompenso cardiaco e deve prevedere un'integrazione tra risorse professionali e strumentali ospedaliere e potenzialità assistenziali territoriali al fine di rispondere ai bisogni dei pazienti in ogni particolare fase della malattia secondo una rete integrata di cure. Gli obiettivi di tale protocollo sono i seguenti: <sup>33</sup>

1. Promuovere l'empowerment e il miglioramento della compliance attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato, ad una autogestione consapevole ed efficace della malattia, che consenta di rallentare il decorso e di affrontare adeguatamente l'insorgenza di condizioni acute.
2. Attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra specialistica territoriale, ospedaliera e Medicina Generale, volti ad ottimizzare l'assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più uniforme e qualificata, al miglioramento della qualità della vita e a ridurre i ricoveri ospedalieri alle situazioni di stretta necessità.
3. Ridurre la morbilità per insufficienza cardiaca nei pazienti ad alto rischio attraverso l'adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari, e l'esercizio fisico, quali strumenti di prevenzione e indispensabili sussidi alla corretta gestione della patologia conclamata.
4. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l'erogazione dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di patologia e necessità assistenziali.
5. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale.
6. Ottimizzare la cura attraverso l'applicazione di linee guida e l'approccio assistenziale evidence-based.
7. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda.

Il modello di cura per il paziente con SC si basa sulla rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale costituita da strutture sia territoriali che ospedaliere, dedicate alla presa in carico del paziente, i cui professionisti operano sulla base del PDTA.

La Continuità assistenziale rappresenta uno strumento fondamentale di integrazione ospedale-territorio, per garantire la presa in carico territoriale fin dalla fase di ospedalizzazione dei pazienti che necessiteranno di una dimissione protetta e/o di una assistenza domiciliare integrata, con l'obiettivo di ridurre il numero delle reospedalizzazioni e con una particolare attenzione, oltre che agli aspetti clinico-assistenziali, anche alle problematiche socio-assistenziali ed a quelle legate alle cure palliative nei pazienti terminali.

In sintesi quindi gli obiettivi generali di cura del paziente con SC sono i seguenti:

1. Definizione del percorso diagnostico (sia intra che extraospedaliero)
2. Counselling al paziente e/o al caregiver
3. Presa in carico/segnalazione al territorio (da parte di chi intercetta il paziente con scompenso)
4. Definizione di un percorso strutturato di follow-up
5. Definizione del programma di cura multiprofessionale sul territorio (controlli clinici, titolazione dei farmaci, monitoraggio)
6. Definizione degli strumenti di lavoro e di comunicazione tra strutture e tra professionisti diversi (es. scheda per monitoraggio territoriale del paziente, cartella clinica ADI integrata)
7. Definizione dello specialista di riferimento

L'organizzazione dell'assistenza al paziente con SC, e più in generale al paziente cronico, deve essere ispirata dai bisogni globali del soggetto ammalato, in coerenza con un Piano terapeutico appropriato e personalizzato in base alle prevedibili conseguenti necessità assistenziali (fragilità, disabilità, comorbidità). Attualmente si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educazionali e psico-comportamentali rappresentino la forma più efficace per ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo. Il principio della continuità assistenziale ha un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi e assistenziali del paziente cronico e deve favorire il più possibile l'integrazione organica fra le diverse strutture ospedaliere e fra ospedale e territorio.

L'obiettivo specifico per i pazienti con scompenso cardiaco è garantire la riduzione delle ospedalizzazioni e il miglioramento della qualità di vita, attraverso una gestione territoriale della patologia cronica e una gestione ospedaliera della fase acuta, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

## **2.7 L'INFERMIERE CASE MANAGER NELLA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO**

Per "case management" si intende un meccanismo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica del coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario. L'approccio del case management è considerare i pazienti come soggetti che stanno affrontando un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vederli attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

Il case manager è la figura che realizza il progetto di case management in un particolare setting assistenziale. Le funzioni del case manager sono rivolte ad accertare i bisogni fisici e psicosociali del paziente, supportare le risorse e i sistemi disponibili dell'individuo e formulare il piano di assistenza basato sulla pratica infermieristica. Inoltre, collabora con un team multidisciplinare, svolge funzione di educatore, supervisiona il piano di assistenza effettua i controlli per la qualità e gestione delle risorse.

Contestualizzando questi concetti nella diagnosi e cura dell'insufficienza cardiaca, il ruolo dell'infermiere case manager corrisponde al professionista che prende in carico il paziente scompensato ancor prima della dimissione all'UO di degenza e segue il malato fino all'eventuale exitus, pianificando un'assistenza personalizzata a seconda delle variabili clinico-assistenziali che si modificano con il variare del quadro di salute del paziente.

Per entrare nello specifico, l'infermiere case manager del paziente con SC:

- definisce con il paziente e/o i familiari qual è il piano assistenziale più efficace;
- raccoglie informazioni relative ai bisogni assistenziali, psicologici e sociali;
- pianifica con le figure di riferimento un piano di dimissione “protetta” del paziente e di prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale presso la struttura ambulatoriale di riferimento;
- cerca le risposte da fornire al malato sulla sua patologia e sulle eventuali complicanze nel rispetto delle linee guida in uso;
- informa la persona affetta da scompenso cardiaco sul significato del trattamento, educandolo alla prevenzione delle complicanze attraverso un'adeguata educazione sanitaria;
- espleta attività assistenziali dirette quali: prelievi ematici per il controllo periodico dei parametri bioumorali specifici, monitoraggio della pressione arteriosa, monitoraggio elettrocardiografico, assistenza a distanza del paziente;
- è responsabile di facilitare i progressi del paziente e comunque di contenere i danni causati dalla patologia;
- organizza la consultazione con specialisti o servizi specializzati;
- partecipa agli incontri del team multidisciplinare;
- identifica qualsiasi variazione degli standard assistenziali.

## **CAPITOLO 3 - PROGETTO DI GESTIONE AMBULATORIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO DI CIVITANOVA MARCHE**

### **3.1 Introduzione**

La gestione ambulatoriale del soggetto affetto da scompenso cardiaco fa parte delle linee di intervento proposte dal “Piano Nazionale della Cronicità” pubblicato dal Ministero della Salute nell’anno 2016. Essendo una patologia cronica, progressiva, associata ad elevati costi per l’elevata mortalità e morbilità, è stato proposto un modello organizzativo per la gestione dell’insufficienza cardiaca, che ha come obiettivo generale la prevenzione delle riacutizzazioni e delle progressioni della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente garantendo un trattamento appropriato e personalizzato. Questo modello è basato sul principio della collaborazione intra ed extra ospedaliera finalizzate al miglioramento dell’assistenza, anche all’interno di ambulatori dedicati alla gestione del paziente cronico con scompenso cardiaco. <sup>34</sup>

Tra le indicazioni dell’European Society of Cardiology per un corretto programma di gestione dello scompenso troviamo: effettuare una visita di follow-up precoce, dopo la dimissione, tramite una visita ambulatoriale; incrementare la possibilità di accesso ai servizi sanitari attraverso il follow-up ambulatoriale e telefonico; educare adeguatamente il paziente con particolare attenzione all’autocura e all’adesione al trattamento. Quando i programmi per la gestione del paziente dimesso con scompenso cardiaco sono gestiti dall’ambulatorio hanno dimostrato di essere efficaci nel migliorare la qualità della vita e nel ridurre la mortalità e i rientri.

### **3.2 Revisione della letteratura**

Diversi studi clinici internazionali hanno valutato programmi di gestione ambulatoriale dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Questi programmi sono stati in grado di determinare un miglioramento della qualità di vita dei pazienti ed una riduzione significativa della percentuale dei ricoveri ospedalieri.

Nello studio condotto da Rich et al., in seguito ad un'educazione sanitaria del paziente ed un follow-up effettuato da parte di un infermiere specializzato attraverso contatti telefonici e/o visite domiciliari, si rilevarono una riduzione del 44.4% dei ricoveri.<sup>35</sup>

Il Department of Cardiology del Western Infirmary di Glasgow in Scozia<sup>36</sup> ha condotto uno studio clinico randomizzato, che ha analizzato 391 000 ospedalizzazioni di pazienti affetti da scompenso seguiti in post dimissione da personale infermieristico specializzato attraverso contatti telefonici o visite domiciliari. Al termine dello studio si riscontrava che l'intervento infermieristico portava ad una riduzione sostanziale della ri-ospedalizzazione dei pazienti seguiti secondo tale modalità.

Allo stesso modo, lo studio condotto da Stromberg et al., ha dimostrato che la gestione ambulatoriale infermieristica del paziente con SC migliora la sopravvivenza, riduce la mortalità ed il numero di riammissioni in ospedale.<sup>37</sup>

Nello studio di Conte et al., condotto per una durata di 5 anni su un gruppo di pazienti affetti da scompenso cardiaco, ha dimostrato che un programma di gestione ambulatoriale medico-infermieristica riduce ampiamente il numero di ricoveri, migliorando la classe funzionale del soggetto e l'aderenza alla terapia.<sup>38</sup>

Un'analisi di 25 studi randomizzati controllati (5.942 persone) ha confrontato diversi interventi di gestione dello scompenso durante il follow-up di pazienti recentemente dimessi dalla struttura ospedaliera, attraverso contatti telefonici o visite domiciliari. I

pazienti che hanno ricevuto questo tipo di gestione hanno avuto una riduzione della mortalità e della probabilità di essere nuovamente ospedalizzati per scompenso.<sup>39</sup>

Una revisione eseguita su diversi studi riguardanti gli interventi effettuati per la gestione di pazienti con scompenso cardiaco riporta che, nel complesso, un attento monitoraggio ambulatoriale, composto da educazione sanitaria e follow-up telefonico o domiciliare, si è dimostrato di essere un intervento associato al minor rischio di riammissione ed al miglioramento della qualità di vita.<sup>40</sup>

Infine, una recente revisione di 41 studi randomizzati e controllati sull'efficacia del supporto telefonico effettuato dall'infermiere ha dimostrato che, per persone affette da insufficienza cardiaca, questo intervento di monitoraggio ha ridotto il rischio di mortalità per tutte le cause e di ricoveri per insufficienza cardiaca. Inoltre, il supporto telefonico infermieristico ha portato a miglioramenti nella qualità di vita, nella conoscenza dello scompenso cardiaco e nei comportamenti di auto-cura.<sup>41</sup>

### **3.4 Programma di gestione dell'ambulatorio**

Lo scompenso cardiaco è una patologia che necessita di essere affrontata con un complesso approccio assistenziale e con un appropriato percorso incentrato sul soggetto affetto da questa patologia cronica.

Per questo motivo, dal 17 Luglio del 2017 è stato attivato l'ambulatorio dello scompenso cardiaco cronico presso l'unità operativa di Cardiologia dell'ospedale di Civitanova Marche. Questo ambulatorio nasce con l'obiettivo di garantire una determinata qualità di vita ai soggetti che ne usufruiscono e di permettere loro di convivere con la patologia. Il focus di questo progetto non è sulla guarigione ma sulla prevenzione delle complicanze, sul contenimento dei sintomi e delle limitazioni funzionali, per far sì che la persona possa vivere e beneficiare di un livello di qualità della vita più alto possibile. L'ambulatorio segue ogni singolo paziente in modo continuativo e personalizzato. Questo approccio

consente di ottimizzare la terapia, seguire l'evoluzione nel tempo della patologia, prevenendo le riacutizzazioni di scompenso cardiaco e, qualora sia necessario, organizzando ricoveri programmati per il trattamento preventivo.

L'ambulatorio, gestito direttamente da un gruppo di medici ed infermieri altamente specializzati, fa parte del piano diagnostico terapeutico assistenziale ideato per pazienti con scompenso cardiaco. Quest'ultimi afferiscono all'ambulatorio di Civitanova Marche o in seguito alla dimissione dall'unità operativa di degenza, o tramite il medico di medicina generale o in seguito ad una prima diagnosi della patologia effettuata dal medico specialista cardiologo. In ognuno di questi casi, lo specialista propone al paziente di aderire al progetto di autogestione e, in caso di conferma, entra a far parte dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco.

Successivamente il paziente effettuerà un primo incontro con il personale infermieristico specializzato dove l'infermiere dell'ambulatorio si dedica all'attività di counselling ed educazione sanitaria per i pazienti ed i loro familiari ed effettua una valutazione del paziente.

In seguito, l'infermiere organizza il follow-up telefonico o ambulatoriale. I contatti telefonici periodici permettono un monitoraggio continuo delle condizioni del paziente e della sua autogestione della patologia.

Dopo aver effettuato il contatto telefonico, nel caso in cui l'infermiera ritenga opportuna una rivalutazione clinica, provvederà ad inserirlo nella lista di controlli clinici programmati nell'Unità Operativa di Cardiologia.

Dopo aver superato la prima fase del follow-up telefonico, le chiamate vengono effettuate con una frequenza ridotta in base alle condizioni ed alle necessità del paziente stesso.

A seguito di tre mesi di accertata stabilità clinica, il paziente verrà affidato ad un programma di riabilitazione cardiologica presso il Poliambulatorio di Civitanova Marche.

### **3.5 L'infermiere all'interno dell'ambulatorio di Civitanova Marche**

Il servizio infermieristico ambulatoriale si propone di migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali, educando all'autocura ed all'automonitoraggio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente.

Gli infermieri, essendo figure fondamentali nella gestione di questa patologia cronica, svolgono vari compiti, tra cui:

- valutare i problemi clinico-assistenziali della persona assistita
- espletare la funzione proattiva di richiamo dei pazienti
- verificare l'aderenza al regime alimentare in particolare all'utilizzo del sale e all'assunzione dei liquidi
- rilevare i parametri di follow-up: PA, FC, peso corporeo, diuresi, FR, segni di affaticamento, saturimetria, eventuali edemi declivi, valutazione composizione corporea con metodo impedenziometrico, valutazione della capacità funzionale
- controllare esami di laboratorio di routine
- eseguire il follow-up telefonico o ambulatoriale per verifica stabilità clinica e monitoraggio del paziente
- effettuare l'educazione/counseling alla salute sugli stili di vita corretti (attività fisica, fumo, alcool, stato nutrizionale)
- favorire il “patient empowerment” ad ogni incontro programmato
- controllare l'aderenza all'automonitoraggio e assunzione farmaci
- verificare l'aderenza del paziente al percorso
- mantenere i contatti tra tutti i sanitari coinvolti nel percorso di cura del paziente, in rapporto alla fase clinica.<sup>42</sup>

Entrando nello specifico, il counselling ed il monitoraggio del paziente sono le principali attività svolte dall'infermiere nell'ambulatorio dello scompenso di Civitanova Marche.

L'educazione è essenziale poiché è fondamentale che il soggetto in questione ed i suoi familiari o caregiver comprendano la gravità della patologia, imparino a percepire precocemente i sintomi e segni di aggravamento e a monitorare quotidianamente la situazione clinica.

Nel primo incontro l'infermiere intraprende un processo educativo coinvolgendo attivamente i pazienti ed i familiari o caregiver non solo verbalmente, ma avvalendosi anche di materiale informativo da illustrare, spiegare chiaramente e consegnare al paziente. Infatti l'infermiere consegna al paziente un opuscolo informativo, in cui sono illustrati gli aspetti generali della patologia, il monitoraggio dei parametri rilevanti per questa malattia, le modalità di prevenzione e la gestione dei sintomi principali. Affinché il paziente abbia una migliore comprensione, la comunicazione da parte dell'infermiere deve avere un linguaggio adeguato alle capacità di comprensione del paziente.

L'infermiere inizia il counselling spiegando al paziente il quadro clinico della sua patologia in modo sintetico e comprensibile. Inoltre, l'infermiere spiega i principali segni e sintomi (come ad esempio un aumento di dispnea, la comparsa di edemi e gonfiore, affaticamento, debolezza e ridotta tolleranza allo sforzo), per consentire al paziente di riconoscere e segnalare un eventuale cambiamento del suo stato di salute.

Successivamente il paziente viene informato rispetto alla terapia farmacologica che deve assumere, in particolare i farmaci diuretici, e viene accentuata l'importanza di rispettare gli orari e le dosi indicate. È inoltre indispensabile personalizzare lo schema di assunzione dei farmaci e istruire, quando possibile, il paziente alla gestione autonoma del dosaggio della terapia diuretica, segnalando qualsiasi modifica effettuata.

Riguardo alle misure dietetiche da intraprendere, l'infermiere istruisce il paziente a ridurre la quantità di sale assunta giornalmente spiegando quali effetti può avere un'elevata assunzione di sodio sulla sua condizione clinica. Inoltre vengono illustrati quali sono gli alimenti con alto contenuto di sodio e quali, al contrario, ne contengono una ridotta quantità, promuovendo una sana ed equilibrata alimentazione. Oltre a questo, il paziente viene istruito anche a leggere ed interpretare le etichette alimentari presenti sugli alimenti.

Per quanto riguarda l'attività fisica il paziente con scompenso viene stimolato a mantenersi attivo cercando di svolgere attività più o meno intense. L'attività viene concordata con l'infermiere in base alle capacità fisiche ed alle condizioni di salute del soggetto, informandolo dei sintomi che potrebbero verificarsi a seguito di uno sforzo fisico.

Il paziente viene educato al monitoraggio giornaliero del peso corporeo possibilmente registrandolo in un diario cartaceo che le verrà consegnato dall'infermiere, al fine di controllare eventuali aumento o diminuzione di peso. Compatibilmente con il controllo del peso l'infermiere invita il paziente ad effettuare un check-up quotidiano. Quest'ultimo consiste nel valutare giornalmente le sue condizioni di salute e se sono presenti segni o sintomi correlati alla patologia cardiaca, come ad esempio dispnea, debolezza, gonfiore degli arti inferiori.

Oltre all'opuscolo che esprime in maniera sintetica gli elementi sopracitati, il paziente viene fornito di un diario settimanale che raffigura una tabella divisa in due parti: la prima, compilata dal cardiologo, indica il peso ideale del paziente e le variazioni del dosaggio del diuretico relative alle variazioni giornaliere del peso corporeo (ogni quadrato corrisponde a ½ kg di peso); nella seconda, il paziente va a registrare quotidianamente il peso del mattino, dopo aver urinato, il livello degli edemi agli arti inferiori e la dose di diuretico consigliato.

Al fine di consentire al paziente di valutare autonomamente come comportarsi, sia l'opuscolo che il diario, vengono divisi in tre stadi, ognuno contrassegnato da un colore corrispondente a un diverso livello di gravità della condizione momentanea:

- Il verde: equivale al benessere e/o stabilità, indice di una corretta autogestione;
- Il giallo: equivale ad un lieve peggioramento, avvisa che si deve prestare attenzione;
- Il rosso: equivale ad un peggioramento importante, avverte che si è in pericolo e che è opportuno rivolgersi al centro di riferimento.

L'infermiere, inoltre, nell'accertamento infermieristico effettua una valutazione del grado di dipendenza e di indipendenza del soggetto. Per fare questo, egli si avvale di scale internazionali standardizzate ovvero la scala ADL (Activities of Daily Living), che valuta le attività principali della vita quotidiana, e IADL (Instrumental Activities of Daily

Living). Quest'ultima è uno strumento indispensabile per valutare il grado di autonomia nelle attività strumentali del soggetto.

Successivamente, l'infermiere effettua un follow-up attraverso contatti telefonici programmati al fine di valutare il grado di apprendimento del paziente e le condizioni cliniche, indagando sui seguenti aspetti:

- Check-up giornaliero
- Peso corporeo giornaliero
- Misure da intraprendere in caso di peggioramento
- Compliance alla terapia
- Dieta
- Attività fisica

Per ogni argomento vengono effettuate due chiamate consecutive. Il personale infermieristico utilizza un questionario precostituito e i dati raccolti vengono registrati all'interno di un database.

## **CAPITOLO 4 - MATERIALI E METODI**

### **4.1 Scopo della ricerca**

Lo scopo di questo studio effettuato è verificare i benefici apportati nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico attraverso il follow-up telefonico effettuato dal personale infermieristico. Inoltre vengono valutati i benefici, in termini di riduzione di ricoveri, accessi in pronto soccorso e riammissioni in ospedale, nei soggetti con insufficienza cardiaca cronica gestiti nel follow-up dall'ambulatorio dello scompenso di Civitanova Marche.

### **4.2 Disegno dello studio e descrizione del campione**

Il seguente studio osservazionale retrospettivo è stato effettuato in un campione di pazienti gestiti dall'ambulatorio dell'UO di Cardiologia di Civitanova Marche nel periodo di tempo che va dal mese di Luglio del 2017 al mese di Marzo del 2021.

I criteri di inclusione del campione di soggetti in esame sono i seguenti:

- paziente con scompenso cardiaco allo stadio B;
- pazienti con scompenso cardiaco allo stadio C (secondo la classificazione per gravità secondo le linee guida American College of Cardiology-American Heart Association).

I criteri di esclusione predisposti per il campionamento dei soggetti in esame sono i seguenti:

- pazienti con gravi deficit cognitivi e in assenza di care-giver di supporto.

Il campione costituito da 153 pazienti ha le seguenti caratteristiche:

Numero pazienti	<ul style="list-style-type: none"><li>• 153</li></ul>
Sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>• 61 F / 95 M</li></ul>
Età	<ul style="list-style-type: none"><li>• n.17 &lt; 60 anni</li><li>• n.23 = 60-69 anni</li><li>• n.52 = 70-79 anni</li><li>• n.56 = 80-89 anni</li><li>• n.8 &gt;89 anni</li></ul>
Eziologia	<ul style="list-style-type: none"><li>• n. 44 Cardiopatia ischemica</li><li>• n.89 Cardiopatia non ischemica</li><li>• n.42 Anomalie del ritmo</li></ul>

### 4.3 Strumenti di misura

I risultati del monitoraggio effettuato tramite i contatti telefonici vengono elaborati attraverso la registrazione delle risposte ottenute dai pazienti durante l'intervista di follow-up telefonico. In questo modo si possono registrare i dati relativi alla comprensione e all'attuazione dei comportamenti raccomandati per ogni modulo di valutazione. Inoltre, attraverso un database in cui vengono registrati i dati anagrafici e clinici di ogni paziente inserito nel programma di ambulatorio, è possibile effettuare un monitoraggio delle visite specialistiche, dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso per ogni singolo paziente.

Nel follow-up telefonico l'infermiere effettua una valutazione relativa a 4 argomenti che sono i seguenti:

- Autovalutazione
- Farmaco terapia
- Dieta
- Attività fisica

Per ogni modulo sono state effettuate 26 valutazioni telefoniche nel periodo di tempo esaminato dalla ricerca. Di seguito vengono riportate le domande effettuate per ogni questionario di valutazione.

## MODULO 1: AUTOVALUTAZIONE

Con il primo modulo vengono effettuate una serie di domande che vanno ad indagare la percezione dello stato di salute del paziente e le modalità di autogestione della malattia. L'obiettivo dell'infermiere è valutare se il paziente, durante il counselling, ha compreso correttamente i comportamenti da adottare o se necessita di ulteriori chiarimenti.

### Domande modulo 1: autovalutazione

Domanda	Risposta SI/NO
<b>1</b> Di recente ha avuto bisogno di recarsi dal suo medico?	Se sì: Le è stata modificata la terapia?
<b>2</b> Ha domande da farmi?	
<b>3</b> Sta assumendo regolarmente i farmaci prescritti?	Se no: Perché?
<b>4</b> Ti stai pesando tutti i giorni? Pesarsi è importante per verificare la quantità dei liquidi del corpo e per valutare la variazione del peso corporeo, al fine di prevenire le complicanze.	
<b>5</b> Quanto pesi oggi?	
<b>6</b> Quando ti pesi? Dovrebbe farlo al mattino dopo aver urinato, prima di mangiare e prima di vestirsi	
<b>7</b> Scrivi il tuo peso sul diario tutti i giorni?	Se sì: Guardiamo il piano terapeutico/ diario del peso. Se no: Individuare le difficoltà
<b>8</b> In quale "colore" è oggi il tuo peso corporeo? Rispetto all'ultima volta che ci siamo sentiti il tuo peso è rimasto costante o è cambiato?	
<b>9</b> Quante compresse di diuretico hai assunto questa mattina e questo pomeriggio?	Se errato: Come stabilisci la dose di diuretico da assumere?
<b>10</b> Come va il tuo respiro quando cammini? Dormi bene la notte? Con quanti cuscini? Hai le gambe gonfie?	

Hai vertigini? Stai aumentando di peso rapidamente? [La presenza di uno di tali sintomi suggerisce un andamento negativo. Opportuno contatto telefonico dopo tre giorni e convocare il paziente in caso di persistenza di sintomi]	
<b>11</b> Quale parte del tuo corpo osservi per valutare se stai accumulando liquidi? Fai attenzione al gonfiore (edema) delle gambe. Alcuni pazienti accusano senso di tensione addominale e difficoltà digestive. E' il tuo caso?	
<b>12</b> Quale è il nome del diuretico che assumi?	
<b>13</b> Facciamo una prova: cosa faresti e quante compresse di diuretico prenderesti se domani il tuo peso fosse aumentato di ½ Kg?	Se errato: ritornare alla domanda 8.

## MODULO 2 FARMACO TERAPIA

Il secondo modulo contiene domande per valutare l'autogestione della terapia da parte del paziente e se quest'ultimo ha riscontrato problemi con il piano terapeutico giornaliero e con l'assunzione dei farmaci.

### Domande modulo 2: farmaco terapia

Domanda	Risposta SI/NO
<b>1</b> Hai problemi con i farmaci che assumi?	Se sì: Quali?
<b>2</b> Cosa faresti in caso di comparsa di effetti collaterali dei farmaci che assumi? Non sospendere la terapia prima di aver consultato il tuo medico o cardiologo.	
<b>3</b> Cosa faresti con la terapia se ti sentissi persistentemente bene? Non sospendere la terapia prima di aver consultato il tuo medico o cardiologo.	
<b>4</b> Ricordi gli orari di assunzione dei farmaci? Hai un metodo per ricordarli? Alcuni usano un portapillole con indicati gli orari. Concordare un metodo preferito da paziente.	
<b>5</b> Alle visite di controllo porti la lista dei tuoi farmaci? E' importante che il tuo dottore sia a conoscenza di quali e quando assumi i farmaci	
<b>6</b> In caso di un viaggio ricordati di rifornirti dei farmaci che assumi.	

## MODULO 3 DIETA

Attraverso il terzo modulo vengono valutati i comportamenti del paziente nei confronti delle misure dietetiche raccomandate.

### Domande modulo 3: dieta

Domanda	Risposta SI/NO
<b>1</b> Sai cos'è il sodio? Sodio è il sale. Tutti gli alimenti ne contengono.	
<b>2</b> Perché il sodio è dannoso per chi è cardiopatico? Il sale causa ritenzione di acqua nel corpo. Come una spugna assorbe acqua.	
<b>3</b> Com'è la tua dieta? a) utilizzi alimenti che contengono poco sale? b) aggiungi sale agli alimenti che cucini? c) fai uso di condimenti che contengono sale?	
<b>4</b> Parliamo di come scegliere gli alimenti a basso contenuto di sodio (sale). Come valuti il contenuto di sale di un alimento? Guarda la etichetta. Se essa segnala un contenuto complessivo di sodio inferiore a 140 mg per porzione, è una buona scelta (fai attenzione a quanto ne mangi).	
<b>5</b> Dimmi un alimento ad alto contenuto di sodio (Pag. 10 libriccino). [Valutarne la capacità di identificare il contenuto di sale dei vari cibi]. Molti condimenti e/o salse sono ad alto contenuto di sale. Gli alimenti conservati e/o stagionati sono, in genere, ad alto contenuto di sodio.	
(Pagina 11 del libriccino). <b>6</b> Parlami degli alimenti a basso contenuto di sodio. [Valutare la capacità di identificare tali alimenti]	

## MODULO 4 ATTIVITA' FISICA

Nell'ultimo modulo l'infermiere valuta se il paziente ha compreso i benefici dell'esercizio fisico e quando questo può essere dannosa per un soggetto con una patologia cronica. Inoltre, viene valutato se il paziente segue il programma di attività fisica, se prescritta dal medico.

### Domande modulo 4: attività fisica

Domanda	Risposta SI/NO
Verificare che il Medico abbia prescritto la terapia	
(Fare riferimento alla pagina 17 del libriccino). <b>1</b> L'attività fisica è benefica per il cardiopatico (con scompenso)?	Se sì: Vai alla domanda successiva. Se incerto: Insisti sul benefico fornito dalla attività fisica. Se no: Indaga circa le motivazioni della non aderenza alla attività fisica.
<b>2</b> Perché l'esercizio può essere positivo per il cardiopatico? -una regolare attività fisica ti fornisce più energia -una regolare attività fisica si produce percezione di benessere. Il cuore lavora meglio se lo si mantiene allenato.	
<b>3</b> Quando l'attività fisica è dannosa? -interrompi se avverti dolore al petto, vertigini o difficoltà a respirare improvvisa. - forti dolori alle articolazioni.	
<b>4</b> Hai iniziato il programma di attività fisica?	Se sì: Quanti minuti al giorno? Se no: Perché? Valutare la motivazione

## **CAPITOLO 5 – RISULTATI**

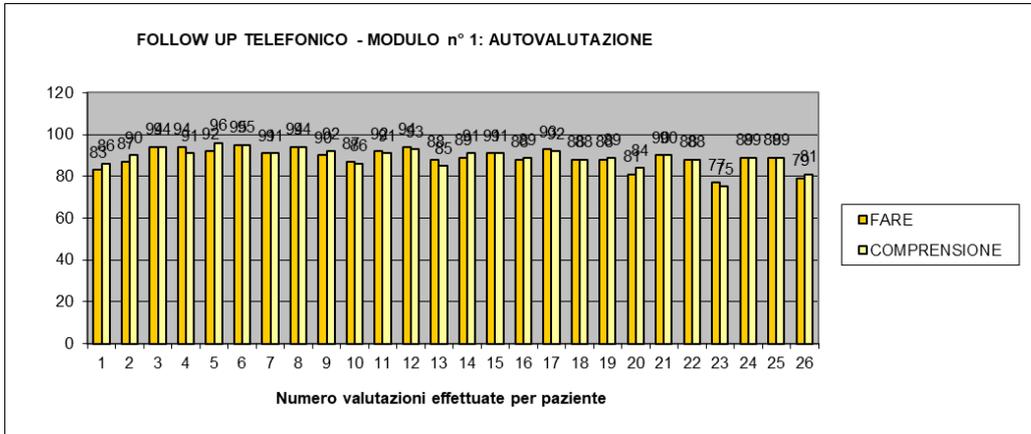
### **5.1 Elaborazione dei risultati del follow-up telefonico**

Di seguito sono riportati i grafici per ogni modulo di valutazione dei quattro argomenti trattati nel corso del follow-up telefonico. Per ogni argomento trattato nel corso della telefonata il case manager valuta la comprensione e la compliance del paziente. La sezione “Comprendere” corrisponde alla comprensione del soggetto riguardo un determinato argomento, mentre la sezione “Fare” corrisponde all’attuazione dei comportamenti corretti da adottare. Nel grafico sono state prese in considerazione le risposte positive dei pazienti ad alcune domande dei quattro questionari. Per farlo si è tenuto conto solamente delle domande ritenute più pertinenti all’interpretazione dei dati.

Per ogni grafico troviamo un confronto della distribuzione dei risultati nelle due sottodimensioni. In ascisse la scala dei risultati suddivisa in 26 intervalli corrispondenti al numero di valutazioni effettuate per paziente, in ordinata la percentuale di risposte positive.

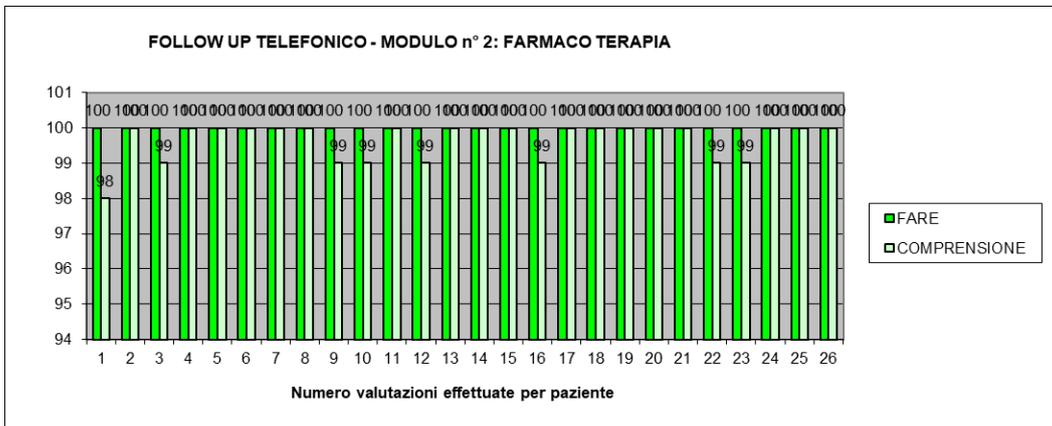
Le prime valutazioni telefoniche effettuate riguardano un numero maggiore di pazienti rispetto all’ultima valutazione riportata dal grafico. Infatti, durante il corso delle valutazioni telefoniche, il numero di pazienti contattati si riduce poiché le chiamate telefoniche diminuiscono gradualmente in base alle condizioni cliniche dei pazienti seguiti ed all’andamento della loro patologia. Questo viene spiegato dal fatto che i primi pazienti arruolati sono seguiti da più tempo, hanno ultimato tutti gli step previsti dal follow-up telefonico, continuano a ricevere le chiamate da parte dell’infermiere case manager con cadenza preordinata sulla base dell’instabilità clinica o delle necessità del soggetto. Gli ultimi arruolati hanno ricevuto un minor numero di telefonate perché inseriti recentemente nel progetto.

## Risultati modulo 1: autovalutazione



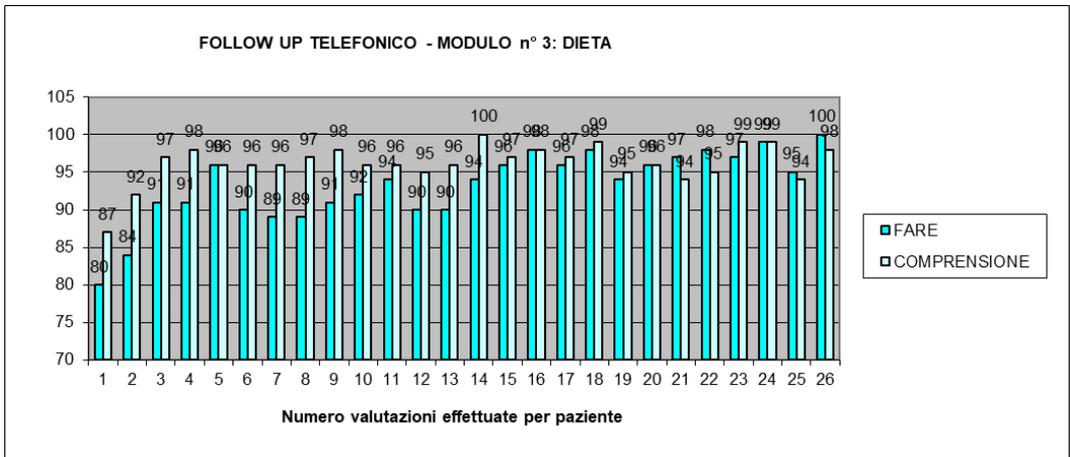
Nel grafico relativo al modulo dell'autovalutazione possiamo riscontrare che l'andamento delle risposte positive riguardo le due voci "Fare" e "Comprendere" si mantengono particolarmente costanti nel tempo.

## Risultati modulo 2: farmaco terapia



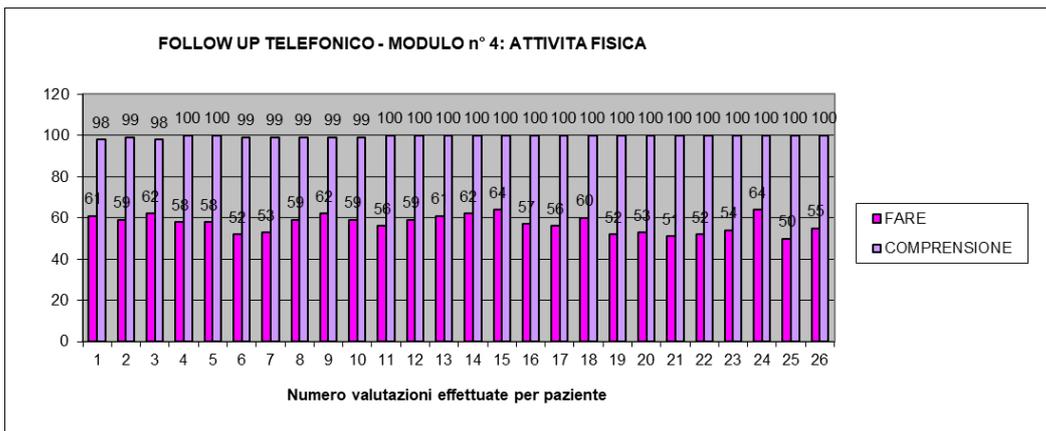
Nel secondo modulo di autovalutazione, l'aderenza alla terapia e la comprensione di essa si mantengono costanti nel tempo con un'alta percentuale di risposte positive per entrambi le voci esaminate.

### Risultati modulo 3: dieta



Per il modulo di valutazione riguardante la dieta, inizialmente abbiamo una percentuale di risposte positive dell'87% riguardo la comprensione ed una percentuale dell'80% riguardo l'attuazione dei comportamenti. Questi valori aumentano gradualmente nel tempo fino all'ultima valutazione in cui abbiamo valori massimi sia nel "Fare" che nel "Comprendere".

### Risultati modulo 4: attività fisica



Nella valutazione dell'attività fisica abbiamo dei valori costanti. Le risposte positive riguardo la comprensione sono sempre tra il 98 ed il 100%, mentre i valori riguardanti la pratica di esercizio fisico sono nettamente più bassi, oscillando tra 50 e 65%. Questo è

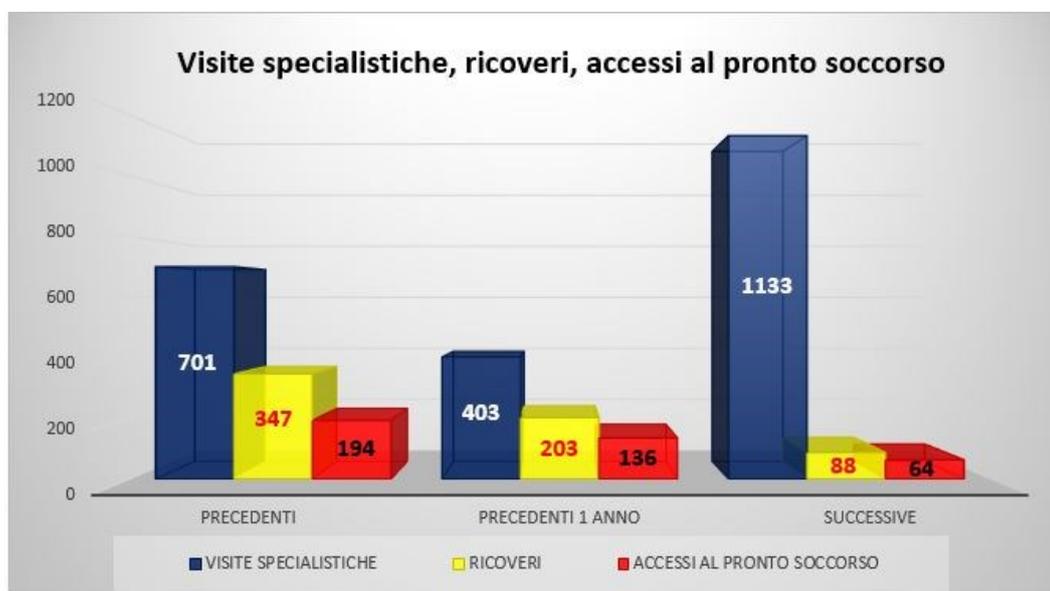
spiegato dalle limitazioni fisiche e funzionali della maggior parte dei pazienti presi in esame.

## 5.2 Elaborazione dei risultati degli accessi ospedalieri

Attraverso il data base, dove vengono registrati i dati anagrafici e clinici di ogni paziente inserito all'interno dell'ambulatorio dello scopenso, si possono ricavare gli accessi ospedalieri per scopenso cardiaco effettuati dai pazienti. Questo permette di controllare un eventuale aumento o riduzione degli accessi, andando a monitorare l'andamento della patologia cronica ed i benefici apportati dalla gestione ambulatoriale.

Il seguente grafico riporta il numero totale di visite specialistiche, ricoveri ospedalieri ed accessi al pronto soccorso, precedenti, precedenti 1 anno alla nascita del progetto ambulatoriale di Civitanova Marche e successivi all'inserimento all'interno dell'ambulatorio.

I dati degli accessi sono relativi ai pazienti seguiti dall'ambulatorio dal mese di Luglio 2017 al mese di Marzo 2021.



## **CAPITOLO 6- DISCUSSIONE**

### **6.1 Considerazioni sui risultati del follow-up telefonico**

I punteggi ottenuti tramite le 26 valutazioni telefoniche, riguardanti le risposte positive dei pazienti, dimostrano un'elevata comprensione ed aderenza ai comportamenti raccomandati durante l'educazione effettuata dall'infermiere.

Nel modulo di autovalutazione è stata registrata una percentuale dell'89% di risposte positive sia per la valutazione del "Fare" che del "Comprendere". Questo dato dimostra che un'alta percentuale di pazienti ha compreso e mette in pratica i comportamenti raccomandati riguardo l'automonitoraggio della patologia cronica, attraverso il controllo del peso, dei segni e dei sintomi.

Nel modulo riguardante la farmacoterapia, il 99,6% di risposte positive riguardano la comprensione mentre il 100% di risposte positive riguardano l'adozione di comportamenti corretti. Queste percentuali mostrano un'alta aderenza alle prescrizioni terapeutiche ed alla corretta assunzione dei farmaci prescritti.

Nel terzo modulo, ovvero la valutazione della dieta, il 96,2% di risposte positive sono state date per la comprensione mentre il 93,2% per la pratica. Dunque, un'alta percentuale di pazienti ha compreso quali sono i comportamenti corretti da adottare riguardo una corretta alimentazione ed una percentuale leggermente più bassa li mette in pratica.

Nel modulo dell'attività fisica il 99,6% dei pazienti ha risposto in modo positivo riguardo la comprensione, mentre il 57,2% dei pazienti ha risposto positivamente alla valutazione del "Fare". Quest'ultimo dato dimostra che, nonostante l'alta percentuale di pazienti che hanno compreso i benefici dell'esercizio fisico, una percentuale di questi non pratica attività fisica. Questo dato può essere spiegato dal fatto che la maggior parte dei pazienti presi in esame durante questo studio sono persone anziane e soggetti con determinate limitazioni fisiche.

In generale questi dati testimoniano l'efficacia del counselling infermieristico nel migliorare il livello di informazione e di autogestione del paziente affetto da insufficienza cardiaca cronica.

## **6.2 Considerazioni sui risultati degli accessi ospedalieri**

A conferma dei dati riportati precedentemente, i risultati riguardanti gli accessi ospedalieri ne sono nettamente favorevoli. Il numero delle visite specialistiche effettuate dai pazienti negli anni antecedenti alla nascita del progetto dell'ambulatorio è di 701 mentre quelle successive sono 1133. Questo aumento è dovuto ad un incremento delle visite effettuate dai pazienti, tra cui quelle gestite dall'ambulatorio specialistico per lo scompenso.

Dai dati riportati si può notare una notevole riduzione dei ricoveri e degli accessi al pronto soccorso dal periodo precedente al periodo successivo alla gestione da parte dell'ambulatorio. Infatti il numero di ricoveri antecedenti è di 347, nell'anno precedente è di 203 mentre successivamente si riducono a 88.

Allo stesso modo gli accessi al pronto soccorso per scompenso si riducono da un numero di 136 nell'anno precedente a soli 64 accessi nel periodo successivo alla presa in carico dei pazienti da parte dell'ambulatorio.

Questi risultati testimoniano un importante cambiamento dovuto alla gestione dei pazienti nel follow-up ambulatoriale.

Il programma di gestione dell'ambulatorio dello scompenso di Civitanova Marche ha apportato una significativa riduzione degli accessi ospedalieri per scompenso e dei costi per la cura di questa patologia, migliorando notevolmente le condizioni cliniche dei pazienti e la loro qualità di vita.

## CAPITOLO 7 - CONCLUSIONI

L'insufficienza cardiaca è una patologia cronica associata ad un alto tasso di mortalità ed è divenuta una delle diagnosi più frequentemente formulate, soprattutto nella fascia di età superiore ai 65 anni.

Per la gestione corretta di questa patologia è necessario adottare un approccio che implichi la continuità assistenziale, più nello specifico la presa in carico del paziente nel follow-up. Quest'ultimo si è dimostrato particolarmente efficace quando viene effettuato attraverso la gestione ambulatoriale dei pazienti da parte di un team costituito da medici ed infermieri.

Il ruolo dell'infermiere è riconosciuto come una componente efficace e fondamentale del piano terapeutico del paziente con scompenso, poiché è stato dimostrato, da diversi studi clinici, l'impatto positivo che gli interventi infermieristici hanno avuto sul percorso di cura.

I programmi ambulatoriali per la gestione dell'insufficienza cardiaca cronica hanno dimostrato di poter ridurre le riammissioni in ospedale e di migliorare la qualità di vita dei soggetti con questa patologia.

In questo quadro di riferimento è stato realizzato il progetto dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco nell'unità operativa di cardiologia dell'ospedale di Civitanova Marche. Questo progetto ha avuto sin da subito l'obiettivo di promuovere nel paziente l'acquisizione di una autonomia di vita, aiutandolo a convivere con la propria.

Attraverso l'analisi dei dati raccolti nello studio sull'ambulatorio di Civitanova, il follow-up ambulatoriale del paziente con scompenso effettuato attraverso il counselling infermieristico ed il monitoraggio con contatti telefonici ha apportato numerosi benefici. Il paziente viene educato dall'infermiere durante questo percorso e questo porta ad un aumento della conoscenza e della capacità di autogestione.

Infatti i dati raccolti dai questionari attraverso le valutazioni telefoniche dimostrano come i pazienti riescano a gestire autonomamente ed in modo appropriato la loro patologia attraverso la comprensione dei sintomi, la rilevazione dei dati corporei, l'attuazione delle modificazioni comportamentali e una buona compliance alla terapia farmacologica prescritta.

Inoltre, la gestione ambulatoriale ha apportato una significativa diminuzione dei ricoveri e degli accessi ospedalieri per scompenso cardiaco, andando a migliorare sensibilmente le loro condizioni cliniche.

In conclusione, il contributo dell'infermiere alla gestione ambulatoriale del paziente cronico con scompenso cardiaco, associata ad un'educazione terapeutica e ad un monitoraggio frequente, è efficace nel migliorare l'andamento della patologia e la qualità di vita dei soggetti affetti da insufficienza cardiaca cronica.

## **Bibliografia e Sitografia**

1. T.C. TIMMERECK. Dictionary of Health Services Management Hardcover, National Health Publishing, 1986.
2. <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
5. Causes of death 2008: data sources and methods Department of Health Statistics and Informatics World Health Organization, Geneva April 2011.
6. Piano Nazionale della Cronicità: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, Ministero della Salute.
7. La cronicità in Italia, Osservasalute – Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Febbraio 2019.
8. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
9. Eurostat, EU Labour Force Survey ad hoc module on employment of disabled people, 2011
10. Piano Nazionale della Cronicità: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, Ministero della Salute.
11. Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005
12. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
13. Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005
14. [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf)
15. Standard Italiani Per La Cura Del Diabete Mellito Standard Italiani Per La Cura Del Diabete Mellito 2009-2010 Associazione Medici Diabetologi – Società Italiana Di Diabetologia, 2009-2010 .
16. Crosson 2009, Knight 2005, Norris 2002

17. Alleanza contro le malattie respiratorie croniche GARD Italia, Continuità Assistenziale, Ministero della Salute, dicembre 2019.
18. Piano Nazionale della Cronicità: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, Ministero della Salute.
19. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr. DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;62(16):e147-e239.
20. Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Quarta Edizione, Piccin-Nuova Libreria, 2016.
21. [https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?id=43&area=Malattie\\_cardiovascolari](https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=43&area=Malattie_cardiovascolari)
22. Bhatt AB, Foster E, Kuehl K, Alpert J, Brabeck S, Crumb S, et al. Congenital heart disease in the older adult: A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 2015;131(21):1884-1931.
23. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, Boxer R, et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: A scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2015;21(4):263-299.
24. Hicks KA, Tchong JE, Bozkurt B, Chaitman BR, Cutlip DE, Farb A, et al. 2014 ACC/AHA key data elements and definitions for cardiovascular endpoint events in clinical trials: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical data standards (Writing Committee to Develop Cardiovascular Endpoints Data Standards). *Circulation* 2015;132(4):302-361.
25. Boback Ziaean and Gregg C. Fonarow, Epidemiology and aetiology of heart failure, 2016
26. Profilo Integrato Di Cura Dello Scompensamento Cardiaco, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, 2009
27. Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Quarta Edizione, Piccin-Nuova Libreria, 2016.
28. Un milione di pazienti con scompenso cardiaco. Gimbe: “Riorganizzare l’assistenza per ridurre ricoveri e mortalità”, *Scienza e salute – Quotidiano sanità*, ottobre 2021

29. Corrao et al. Inquadramento epidemiologico dello scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol*, 2014.
30. Corrao et al. Burden of new hospitalization for heart failure: a population-based investigation from Italy. *Eu. J Heart Failure*, 2014.
31. Petar M. Seferovic, Piotr Ponikowski, Stefan D. Anker, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, May 2019.
32. Linee Guida Regionali Per La Gestione Dello Scompenso Cardiaco, Epicentro, Aprile 2003.
33. GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE- TERRITORIO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO, Epicentro, 2008.
34. Piano Nazionale della Cronicità: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, Ministero della Salute.
35. Rich M.W., Beckam V., Wittenberg C. et al., A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med.*, 333, 1995, 1190-1195.
36. Stewart S. e Horowitz J.D., Home-based intervention in congestive heart failure, *Circulation*, 105, 2002, 2861-2866.
37. Stromberg A., Martensson J., Fridlund B. et al., Nurse-led heartfailure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial, *Eur. Heart J.*, 24, 2003, 1014-1023.
38. Maria Rosa Conte, Loredana Mainardi, et Al. Outpatient medical and nurse management program in patients with chronic heart failure in a large territorial area in Piedmont. Four years of follow-up. *PubMed*, 2005.
39. Andrea Takeda, Stephanie J C Taylor, et al. Clinical service organisation for heart failure. *PubMed*, 2012.
40. Boback Ziaecian and Gregg C. Fonarowc. The Prevention of Hospital Readmissions in Heart Failure, *NCBI*, 2017.
41. Sally C Inglis, Robyn A Clark, et Al. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure, *Cochrane Library*, 2015.

42. PDTA del paziente con scompenso cardiaco, ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Versione n. 00 del 17/11/2020.

## ALLEGATI

Al Direttore Servizio Professioni Sanitarie  
Dott.ssa Mara Buccolini

Oggetto: richiesta autorizzazione alla conduzione di uno studio osservazionale

La sottoscritta Giorgia Campetelli, iscritta al terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Macerata

### CHIEDE

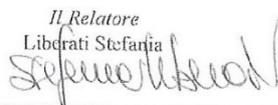
La sua autorizzazione alla conduzione di uno studio osservazionale dal titolo "La gestione dello scompenso cardiaco: il ruolo dell'infermiere nel follow-up ambulatoriale".

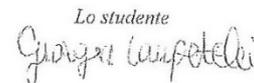
Lo scopo è di condurre un'indagine per valutare i benefici apportati, in termine di riduzione dei ricoveri e delle riammissioni in ospedali, in pazienti con scompenso cardiaco gestiti dall'ambulatorio. Lo studio vuole altresì dimostrare l'importanza della figura dell'infermiere nella gestione dell'insufficienza cardiaca effettuata attraverso un follow-up telefonico e ambulatoriale. L'indagine avverrà tramite l'analisi dei dati provenienti dall'ambulatorio dello scompenso dell'UO di Cardiologia dell'ospedale di Civitanova Marche.

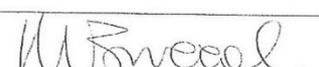
Le informazioni ottenute saranno trattate in maniera da garantire la privacy dei pazienti e saranno oggetto del progetto di tesi di laurea dello studente del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche.

Ringraziando anticipatamente per la sua attenzione, si porgono i più cordiali saluti.

Macerata, 17/10/2021

Il Relatore  
Librati Stefania  


Lo studente  
Giorgia Campetelli  


Data 18-10-2021	Approvazione	Direttore Servizio Professioni Sanitarie	
-----------------	--------------	--	---