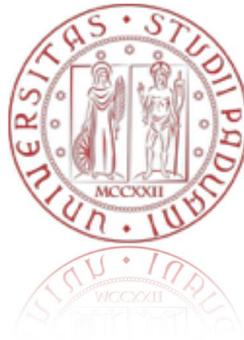


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**La qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco:
l'esperienza degli Infermieri di Famiglia dell'ULSS 3
Serenissima.**

Relatore: Dott.ssa Elisa Ragazzi

Correlatore: Dott. Nicola Stefani

Laureanda: Athena Baltazzi

Matricola n. 2043596

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

INTRODUZIONE. Lo scompenso cardiaco al giorno d'oggi rappresenta una delle principali patologie con alti tassi di ospedalizzazione e mortalità, ed è caratterizzato da ripetute ricadute e conseguente diminuzione della qualità di vita.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità svolge un ruolo cruciale in questa patologia, poiché fornisce agli assistiti un supporto fondamentale nel monitoraggio e nella prevenzione delle riacutizzazioni, favorendo l'autogestione del paziente.

OBIETTIVO. Il presente lavoro di tesi si ha indagato i vissuti degli Infermieri di Famiglia e di Comunità del Distretto 1 di Cure Primarie dell'Azienda ULSS 3 Serenissima raccogliendo quale sia la loro percezione in merito agli interventi volti a migliorare la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco.

METODI. Sono state condotte delle interviste semi-strutturate della durata di circa di quindici minuti tramite la piattaforma *Google Meet*. I testi trascritti delle interviste sono stati analizzati secondo il metodo fenomenologico che prevede la suddivisione del materiale in unità di testo significative e l'identificazione di etichette, poi raggruppate in categorie. L'analisi è stata restituita ai partecipanti per verificare la coerenza e correttezza di quanto emerso.

RISULTATI. Dalle 7 interviste raccolte sono emerse varie difficoltà e sfide nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, prevalentemente nei temi della gestione della terapia e della comprensione della natura della patologia stessa. Gli interventi attuati per il miglioramento della qualità di vita sono volti al miglioramento della salute fisica ed emotiva degli assistiti. Dalle risposte degli intervistati emerge inoltre che è necessario implementare la comunicazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

Nella fase di restituzione dell'analisi i professionisti interpellati non hanno proposto correzioni, modifiche o integrazioni di quanto trascritto in precedenza.

CONCLUSIONI. Gli Infermieri di Famiglia, attraverso le interviste, hanno condiviso sia il loro punto di vista che la realtà quotidiana vissuta dai pazienti, confermando

l'importanza di questa figura nell'assistenza delle persone affette da scompenso cardiaco e il suo impatto nella qualità di vita dell'utenza. I professionisti interpellati hanno inoltre fornito preziosi contributi riguardo le carenze del servizio e proposto strumenti per migliorarne l'efficienza, come l'implementazione di una piattaforma unica e accessibile a tutti i sanitari coinvolti nella gestione della patologia.

Key-words: *nurse practitioner, heart failure, telemedicine, quality of life, primary care nurse.*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	1
1. QUADRO TEORICO.....	2
1.1 Lo scompenso cardiaco.....	2
1.2 Trattamento dello scompenso cardiaco.....	3
1.3 La qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco.....	5
1.4 L'infermiere di Famiglia e di Comunità.....	6
1.5 La realtà del Distretto 1 di Cure Primarie dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.....	7
1.6 Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia nella gestione del paziente con scompenso cardiaco.....	8
3. MATERIALI E METODI.....	9
3.1 Obiettivo.....	9
3.2 Disegno di studio.....	9
3.3 Quesiti di ricerca.....	9
3.4 Domande oggetto dell'intervista.....	9
3.5 Analisi dei dati.....	10
4. RISULTATI.....	11
4.1 Caratteristiche del campione.....	11
4.2 Presentazione delle Etichette.....	11
4.3 Raggruppamento delle Etichette in Categorie.....	14
5. DISCUSSIONE.....	18
5.1 Le problematiche assistenziali nei pazienti con scompenso cardiaco..	18
5.2 Gli interventi attuati nella gestione dello scompenso cardiaco.....	19
5.3 Gli ambiti della qualità di vita in cui gli interventi si sono rivelati efficaci.....	20
5.4 Le principali sfide riscontrate nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco.....	21
5.5 Miglioramenti dal punto di vista organizzativo.....	23
6. CONCLUSIONI.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27
SITI CONSULTATI.....	29

ALLEGATI..... 30

INTRODUZIONE

Durante il percorso di tirocinio mi sono avvicinata alla realtà dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, i quali sono costretti da questa patologia a modificare il loro stile di vita e a gestire una malattia capace di acutizzarsi velocemente. Questa tipologia di assistiti si ritrova spesso a fronteggiare limitazioni fisiche, dolore, sintomatologia, stress emotivo e ansia riguardo al futuro, al proprio stato di salute, al trattamento e alle limitazioni sociali: questo quadro ha un impatto negativo sul benessere fisico e psicologico delle persone e sulla loro qualità di vita. Molto spesso si tratta di anziani, che vivono soli oppure con un coniuge altrettanto anziano e che faticano ad autogestirsi. Lo scompenso cardiaco esige una gestione che ha bisogno di un'aderenza rigorosa alla terapia, allo stile di vita sano e ai controlli di *follow-up*, tutte azioni difficili da garantire nel tempo.

Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima è stata introdotta dal 2022 la figura dell'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC). Questa figura si prefigge l'obiettivo di intervenire nell'ambito della promozione della salute, vivendo da vicino le circostanze dei loro assistiti e dei loro *caregiver*. Il ruolo di questa figura infermieristica risulta cruciale nella realtà dello scompenso cardiaco poiché svolge una serie di azioni volte al monitoraggio della condizione clinica del paziente, tramite la rilevazione dei parametri vitali e la valutazione e rivalutazione della sintomatologia, prevenendo così la possibile riacutizzazione. Attraverso l'educazione l'IFeC, inoltre, aiuta le persone a comprendere l'importanza dell'aderenza terapeutica, migliorando così l'autogestione del paziente. In aggiunta a questo, gli *Infermieri di Famiglia e Comunità* rappresentano quel punto di contatto tra i vari professionisti sanitari, quali medico di medicina generale (MMG) e specialisti, e distretti afferenti al servizio di sanità, favorendo così una gestione integrata della patologia e una riduzione delle riospedalizzazioni.

L'indagine condotta in questa tesi riguarda l'impatto della figura dell'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC) nell'ambito della qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco, alla ricerca di quali sono le principali sfide che i professionisti incontrano nella gestione di questa tipologia di utenza e quali sono le problematiche che ad oggi emergono per garantire una gestione di cura integrata.

1. QUADRO TEORICO

1.1 Lo scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco, noto anche come insufficienza cardiaca, è una condizione patologica in cui il cuore non è in grado di apportare una quantità adeguata di ossigeno ai vari distretti corporei per sostenere le necessità metaboliche, quindi una riduzione della frazione di eiezione. Questa condizione è provocata da un progressivo rimodellamento, dato da forze meccaniche e biochimiche che portano ad un'alterazione delle dimensioni, della forma e della funzione del ventricolo.

L'*European Society of Cardiology* (ESC) nel 2023 definisce lo scompenso cardiaco come una sindrome clinica caratterizzata da sintomi caratteristici come la dispnea, ortopnea e l'astenia che possono essere associati o meno a turgore delle giugulari, crepitii polmonari ed edemi declivi. Per arrivare alla diagnosi di scompenso cardiaco è necessario un rialzo del valore ematico dei peptidi natriuretici ($BNP \geq 35$ pg/mL e/o $NT\text{-}proBNP \geq 125$ pg/mL).

Lo scompenso cardiaco rappresenta il punto di arrivo di altri processi patologici che riguardano il miocardio. Lo stadio iniziale consiste nel rimodellamento del miocardio: la cavità ventricolare diventa ipertrofica e dilatata, questa condizione mantiene la gittata cardiaca del paziente quando è a riposo, vediamo però una riduzione della frazione di eiezione (rapporto tra la gittata sistolica e il volume telediastolico). Mentre il lavoro a riposo viene preservato, quando il miocardio viene sottoposto a stimoli fisiologici, fisiopatologici o esogeni a livello farmacologico, la capacità di aumentare della gittata cardiaca, in relazione al fabbisogno, viene meno.

Lo scompenso cardiaco si sviluppa a seconda dell'area del miocardio colpita, e si distingue in: insufficienza cardiaca sistolica, insufficienza cardiaca diastolica o la coesistenza di entrambe.

I pazienti soggetti a disfunzione sistolica presentano una dilatazione della cavità sinistra ventricolare e una riduzione della frazione di eiezione.

Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca diastolica la morfologia della cavità ventricolare sinistra si mostra normale o ridotta, le pareti spesse e la frazione di eiezione normale o aumentata.

L'insufficienza cardiaca sistolica può coesistere con la diastolica, con una successiva prevalenza di una sull'altra.

L'insufficienza cardiaca consiste nella prima causa di ricovero in ospedale per una popolazione di età superiore ai 65 anni, diventando così un problema di rilevanza per la salute pubblica. In Italia si contano circa 600.000 persone affette da scompenso cardiaco.

La Classificazione *NYHA* (*New York Heart Association*) classifica questa condizione patologica secondo quattro categorie di gravità:

- CLASSE I: il paziente è in grado di svolgere le comuni attività fisiche in assenza di affaticamento, angina, dispnea e palpitazioni.
- CLASSE II: i sintomi non si manifestano quando il paziente è a riposo, mentre quando svolge le attività di vita quotidiana si manifestano i sintomi, quali dispnea, affaticamento, palpitazioni o angina.
- CLASSE III: si verifica una significativa limitazione delle attività di vita quotidiana, il paziente diventa sintomatico anche per attività di intensità inferiore rispetto a quelle comuni.
- CLASSE IV: il paziente non è in grado di svolgere alcun tipo di attività fisica, anche minima, in quanto vi è manifestazione dei sintomi anche a riposo.

La storia clinica, i segni e i sintomi sono il punto di partenza per la diagnosi: da qui la medicina si avvale dell'utilizzo di strumentazioni le quali possono essere non invasive come l'ecocardiogramma e la scintigrafia cardiaca, oppure invasive come il cateterismo cardiaco. Questi strumenti sono necessari per confermare o determinare la diagnosi in relazione al valore della frazione di eiezione (FE, cioè il rapporto tra sangue eiettato dal ventricolo e volume di fine diastole in percentuale); in soggetti sani il range di normalità è tra 55-65%, mentre nei soggetti affetti da scompenso cardiaco la frazione di eiezione è inferiore al 45%. Per completare il quadro è necessario svolgere una radiografia al torace e un elettrocardiogramma, il quale ci fornirà le indicazioni circa le disfunzioni cardiache.

1.2 Trattamento dello scompenso cardiaco

Il trattamento dello scompenso cardiaco si focalizza sull'identificazione della probabile causa scatenante in modo tale da poterla eliminare, nel caso in cui sia possibile, affinché si prevenga o ritardi la progressione dello scompenso, l'insorgenza di eventuali complicanze,

quali aritmie o danni d'organo. Infine, uno degli obiettivi è il miglioramento della qualità di vita, riducendo al minimo la manifestazione di sintomi.

La terapia farmacologica si compone di numerosi farmaci, così da definirsi politerapia.

I farmaci maggiormente impiegati nel trattamento dello scompenso cardiaco a domicilio sono:

- 1) I diuretici dell'ansa, a volte associati ai diuretici tiazidici nel caso in cui sia insorta una resistenza da farmaco e quindi ridotta l'efficacia del diuretico dell'ansa.
- 2) I Beta-Bloccanti provocano una riduzione della frequenza cardiaca, poiché la tachicardia aumenta il dispendio di ossigeno e aggrava la condizione del cuore scompensato. Questa tipologia di farmaci viene maggiormente impiegata in pazienti che possiedono una frazione di eiezione ridotta.
- 3) Gli antialdosteronici vengono impiegati in contrasto all'azione dell'aldosterone in grado di incrementare la fibrosi perivascolare e la noradrenalina miocardica. La produzione di aldosterone non è legata solamente al sistema renina-angiotensina, ma anche ai livelli di sodio e potassio. Per questo l'impiego di questi farmaci è raccomandato in questa tipologia di pazienti poiché sono in grado di ridurre la mortalità.
- 4) Gli ACE-inibitori, che agiscono riducendo la volemia e la resistenza vascolari periferiche.
- 5) Valsartan/Sacupril, introdotto di recente, che come effetti positivi provoca vasodilatazione, aumento della diuresi e della velocità di filtrazione glomerulare e del flusso renale.
- 6) Le Gliflozine, inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (inibitore di SGLT2), ipoglicemizzanti orali che vengono impiegati in pazienti con scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta, le cui proprietà diuretiche/natriuretiche degli inibitori SGLT agiscono riducendo la congestione polmonare e/o sistemica. Questa categoria di farmaci con l'*update* delle linee guida dell' *European Society of Cardiology* (ESC) del 2023 è diventata il primo farmaco di elezione per il trattamento dello scompenso cardiaco a funzione sistolica ridotta.

Si ricorre alla terapia elettrica, Defibrillatore Cardiaco Impiantabile (ICD), con lo scopo di prevenzione primaria, nel caso in cui il paziente assuma una terapia medica ottimale per un periodo di tempo di circa tre mesi e con una frazione di eiezione inferiore al 35%.

1.3 La qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco

Il concetto di qualità di vita ancora oggi è molto difficile da definire. Il senso di qualità di vita non è facile da applicare in lunga scala, poiché se chiesto di definire ad un soggetto cosa sia la propria qualità di vita, ognuno esalterà un aspetto rispetto ad un'altro, in base al proprio vissuto, alla propria rete sociale o alla propria cultura. Come spiegato da una definizione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS, 1948): "Qualità di vita è la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni".

Nel 1992 Ware e Sherbourne pubblicano il questionario *Short Form 36* (SF-36), il quale indaga la qualità di vita dei pazienti correlata alla salute. Questa scala di valutazione della qualità di vita considera vari aspetti della salute come ad esempio, le limitazioni fisiche a causa dello stato di salute, le limitazioni nelle attività sociali causate da problemi fisici o emotivi, le limitazioni nelle attività lavorative a causa di problematiche di salute fisica, la salute mentale, l'energia, il dolore, le limitazioni nelle attività sociali a causa di problemi emotivi e la percezione generale della salute.

Migliorare la qualità di vita prevenendo segni e sintomi delle patologie croniche è uno degli obiettivi cardine della promozione della salute. Il miglioramento della qualità di vita influisce in maniera positiva sulle condizioni psico-fisiche, confinando il rischio di mortalità, morbilità e riospedalizzazione. Convivere con una patologia cronica, e fare in modo che non si acutizzi, incide significativamente sulla qualità di vita del paziente, perciò è importante che da parte dell'équipe medica e infermieristica forniscano dei consigli educativi circa l'assunzione dei farmaci e l'autogestione della terapia farmacologica, il controllo del peso e della pressione arteriosa, riduzione dell'apporto di liquidi e la scelta della dieta.

Come afferma Jaarsma *et al.*, una parte del processo terapeutico dello scompenso cardiaco è la strutturazione di interventi che coinvolgano il paziente nella comprensione della natura della malattia e che dimostri l'importanza dell'autocura.

Un livello consono di autocura consente ai pazienti non solo di capire nel complesso la malattia, ma anche l'importanza rilevante dell'autogestione e del processo di trattamento. I

pazienti che ottengono migliori risultati di autocura hanno anche una qualità di vita migliore e tassi di riospedalizzazione e mortalità inferiori.

Come indicano le linee guida per il trattamento dello scompenso cardiaco, in questa tipologia di pazienti la qualità di vita è ridotta a causa dei sintomi fisici che molto spesso accompagnano anche sintomi depressivi o ansiosi, i quali favoriscono il deterioramento della qualità di vita, strettamente correlata a esiti clinici negativi.

Nelle linee guida dell'*European Society of Cardiology* (ESC) è sottolineata l'importanza dell'autocura come indicatore di miglioramento della qualità di vita. L'autocura si dovrebbe focalizzare sull'aderenza terapeutica, sulla modifica dello stile di vita, sul monitoraggio di eventuali segni e sintomi della malattia e sulla capacità di risposta del paziente nei confronti delle acuzie della patologia.

1.4 L'infermiere di Famiglia e di Comunità

L'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC) è una figura professionale che agisce secondo processi infermieristici sulla persona come individuo, sulla famiglia e sulla comunità.

La figura dell'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC) è stata introdotta dall'*Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) nel 1998, come prevede la politica sanitaria *HEALTH21*, e viene posta alla base dell'assistenza sanitaria in quanto primo punto di collaborazione tra persone e servizi sanitari per garantire un modello di salute integrata. Nella politica sanitaria *HEALTH21* l'*Infermiere di Famiglia* viene descritto come la figura che: *“aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, sono in grado di identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e di indirizzarla alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di*

base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico” (World Health Organization, 2000).

Le aree di innovazione che caratterizzano l’Infermieristica di Famiglia sono la lettura sistemica dei bisogni, il ruolo di *advocacy* e la connessione tra le reti assistenziali formali. Una delle competenze cardine di questa figura è la comprensione organizzativa nel migliorare la qualità di vita di cittadini sani e malati, favorendo così uno sviluppo di società sane.

Nel 2020 la *Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche* (FNOPI) disegna l’Infermiere di Famiglia e di Comunità come una figura che al di là delle competenze tecniche erogabili, si focalizza su interventi di natura educativa e promozione della salute, in primo luogo verso il paziente e trasversalmente al *caregiver*, operando all’interno dell’ambito delle Cure Primarie.

L’Infermiere di Famiglia e di Comunità è colui che opera valutando i bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria, conosce e riconosce i fattori di rischio di rilevanza nel territorio, mette in atto la relazione d’aiuto e si focalizza sull’educazione terapeutica, fornendo piani assistenziali infermieristici.

Il lavoro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità si svolge in modo proattivo, preventivo e partecipativo nei confronti del paziente della famiglia.

1.5 La realtà del Distretto 1 di Cure Primarie dell’Azienda ULSS 3 Serenissima

L’assistenza primaria nel *Distretto 1 Venezia Centro Storico e Isole (ULSS 3 Serenissima)* garantisce la presenza di IFeC che vengono associati alle singole isole o sestieri.

Il modello organizzativo per l’attuazione prevede che vengano identificati da parte del medico di medicina generale i pazienti cronici che poi vengono affidati all’infermiere dedicato alla zona, che diventerà l’infermiere di riferimento.

Gli ambiti di intervento selezionati sono principalmente tre:

- vengono erogate delle prestazioni infermieristiche di tipo educative al paziente e al *caregiver*, promuovendo il modello di autocura e instaurando un rapporto di fiducia che si trasmetterà, in secondo luogo, anche nei confronti della malattia, garantendo così il monitoraggio dell’aderenza terapeutica.

- monitoraggio e valutazione di eventuale insorgenza di sintomatologia o alterazione dello stato di salute dell'assistito, per mezzo di un colloquio con il paziente e il *caregiver* e rilevazione dei parametri.
- mantenimento di uno stile di vita sano, attuando attività di promozione della salute stimolando una partecipazione attiva da parte della comunità.

L'attivazione del Servizio Infermiere di Famiglia e di Comunità presso il *Distretto 1 di Cure Primarie* dell'Azienda ULSS 3 Serenissima si è realizzata nel marzo del 2022, con 12 infermieri come attori di questa iniziativa; a gennaio del 2024 il Servizio contava 711 pazienti presi in carico di cui il 44% è rappresentato da pazienti con scompenso cardiaco.

1.6 Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia nella gestione del paziente con scompenso cardiaco.

Il concetto di cure domiciliare negli anni è stato potenziato con lo scopo di migliorare gli *outcome* di salute e l'esperienza del paziente, diminuire i costi dovuti alla cura della patologia.

Le cure domiciliari prevedono la presenza di un'équipe multidisciplinare composta dal Medico di Medicina Generale (MMG) oppure il Pediatra di Libera Scelta (PLS), infermiere, staff di supporto per le cure igieniche (Operatori Socio Sanitari, OSS), assistenti sociali e specialisti.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità costruisce una relazione con gli assistiti affetti da scompenso cardiaco: diventano parte della famiglia, conoscono cosa piace o non piace al paziente, quali sono gli eventi con più rilevanza per la loro vita, quali sono i loro *hobby*, il loro lavoro e molto altro. Questo tipo di relazione longitudinale permette all'Infermiere di Famiglia e di Comunità di costruire un piano assistenziale centrato sul paziente.

L'educazione del paziente affetto da scompenso cardiaco verte prevalentemente sulla malattia, sull'aderenza alla terapia, sulla *compliance* alla dieta e sul controllo e riconoscimento dei sintomi.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità interviene affinché possa accedere, trattare, consigliare e coordinare lo stato di salute del paziente con scompenso cardiaco garantendogli la miglior qualità di vita possibile, in ogni momento della sua malattia.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

Obiettivo di questa indagine è quello di esaminare in che modo gli Infermieri di Famiglia percepiscono di contribuire al miglioramento della qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco, quali sono le principali sfide che incontrano nella gestione di questa tipologia di pazienti e quali sono le problematiche che ad oggi emergono per garantire una gestione di cura integrata.

3.2 Disegno di studio

È stata condotta una ricerca qualitativa secondo il metodo fenomenologico-ermeneutico. I dati sono stati raccolti attraverso interviste semi-strutturate online della durata di circa 15 minuti ad alcuni Infermieri di Famiglia e di Comunità del *Distretto 1 di Cure Primarie* dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

Il campionamento dei partecipanti è stato non probabilistico intenzionale.

3.3 Quesiti di ricerca

1. Come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità percepisce di contribuire ad aumentare la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco?
2. Secondo la percezione degli esperti, quali interventi infermieristici messi in atto si sono rivelati efficaci per aumentare la qualità di vita del paziente con scompenso cardiaco?
3. Quali sono le principali problematiche individuate dagli Infermieri di Famiglia e di Comunità sull'argomento?

3.4 Domande oggetto dell'intervista

1. Quali sono le principali problematiche che ha riscontrato nell'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco?

2. Secondo la sua esperienza qual è il ruolo dell'Infermiere di Famiglia nella gestione del paziente con scompenso cardiaco?
3. In quali ambiti della qualità di vita (es. salute fisica, stato emotivo, attività di vita quotidiana, attività sociali) gli interventi infermieristici messi in atto sono stati a suo avviso più efficaci?
4. Secondo la sua esperienza, quali sono state le sfide principali che ha affrontato nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco?
5. Secondo lei è possibile attuare dei miglioramenti dal punto di vista organizzativo per ottimizzare il coordinamento delle cure tra Infermiere di Famiglia, il cardiologo e altri professionisti sanitari e garantire una gestione integrata e completa del paziente con scompenso cardiaco?

3.5 Analisi dei dati

Una volta eseguite le interviste tramite la piattaforma *Google Meet* con gli Infermieri di Famiglia, si è provveduto alla trascrizione delle registrazioni seguita da una attenta e ripetuta lettura dei contenuti, che ha permesso di evidenziare le parti del testo significative e identificate come *unità di analisi*. Successivamente, per ogni unità di analisi, sono state create delle *etichette* che potessero esprimere in sintesi il loro contenuto. Fatto ciò, etichette dal significato simile sono state infine raggruppate in *macro-categorie*. Questo processo ha permesso di rilevare i temi più rilevanti per l'indagine condotta. Al termine dello svolgimento dell'analisi, quest'ultima è stata inviata ai partecipanti per capire se quanto emerso era coerente con quanto gli intervistati volevano esprimere: i professionisti contattati non hanno suggerito alcuna modifica o integrazione.

4. RISULTATI

4.1 Caratteristiche del campione

Il progetto di tesi è stato presentato agli Infermieri di Famiglia e di Comunità afferenti al *Distretto 1 di Cure Primarie* della città di Venezia. L'équipe è formata da 12 infermieri: 8 individui di sesso femminile e 4 individui di sesso maschile.

Hanno partecipato all'intervista in totale 7 Infermieri di Famiglia e di Comunità: 4 individui di sesso femminile e 3 individui di sesso maschile, con una media di anni 15,6 di esperienza. La Tabella I qui di seguito riportata raccoglie le caratteristiche del campione.

Tabella I: Tabella riassuntiva della casistica oggetto dell'intervista.

	SESSO	ETA'	ANNI DI ESPERIENZA
INF. 1	M	47	24
INF. 2	M	51	20
INF. 3	M	56	28
INF. 4	F	30	7
INF. 5	F	36	13
INF. 6	F	31	7
INF. 7	F	57	10

4.2 Presentazione delle Etichette

Le etichette e le categorie individuate sono riportate nel dettaglio nell'*Allegato*, che riporta il testo completo delle interviste e l'analisi effettuata.

La maggior parte delle etichette ricavate dall'analisi delle interviste agli Infermieri di Famiglia e di Comunità riguarda l'aderenza terapeutica e la gestione della terapia. Tra le varie problematiche assistenziali troviamo la gestione della terapia farmacologica e la scarsa aderenza ad essa, a causa della numerosità dei farmaci o della sfiducia in merito

all'efficacia del farmaco. Da quanto si evince dalle parole degli intervistati vi è: “Difficoltà nella *compliance* della gestione della terapia e nella gestione della patologia, poiché è molto complessa e composta da moltissimi farmaci.” (INF. 1); “La principale problematica riscontrata è la poca fiducia da parte dei pazienti sull'efficienza del farmaco.” (INF. 7). anche perchè “molte volte è necessario rimuovere una loro convinzione di indipendenza che con l'età è venuta meno e loro non si rendono conto di questo e far accettare loro che questa cosa venga fatta da terzi è difficile.” (INF. 6).

Gli interventi principali che gli Infermieri di Famiglia attuano per fronteggiare queste problematiche consistono nell'attuazione di: “strategie per l'assunzione corretta della terapia come ad esempio fare uno schema con gli orari, il dosaggio e il nome del farmaco.” (INF 1) e nell'educazione sulle proprietà e funzionalità del farmaco, volte a far comprendere al paziente l'importanza della puntuale assunzione della terapia: “li aiuto nella comprensione e nella gestione della terapia, quindi gli si spiega perché gli viene data una certa tipologia di farmaco e insistere nel farli continuare ad assumere la terapia, cercare di mediare le loro necessità con la necessità di seguire la terapia.” (INF. 3).

Un altro problema evidenziato dagli intervistati è la “gestione della rilevazione dei parametri vitali (come ad esempio PAO, peso).” (INF. 1). Per far fronte a questa criticità sono messi in atto degli interventi di tipo educativo, che consistono per esempio nello “spiegare bene al paziente come monitorare i parametri e in che orario farlo.” (INF 6)

Per quanto riguarda invece i segni e sintomi di aggravamento dello scompenso, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità spiega ai pazienti “quali sono i primi sintomi di manifestazione di una riacutizzazione dello scompenso cardiaco.” (INF. 7) educando il paziente al loro riconoscimento precoce attraverso la: “Valutazione del peso, circonferenza della vita, edemi declivi.” (INF. 7)

Un'altra etichetta piuttosto ricorrente è quella riguardante la comunicazione tra ospedale e territorio, poiché molti degli intervistati affermano che questo passaggio di informazioni tra i servizi ospedalieri, il medico di medicina generale (MMG), paziente e il servizio di Infermieri di Famiglia sia molto ridotto, quasi assente, per questo motivo sarebbe da potenziare per garantire la continuità assistenziale e un piano di cura integrato: “Il problema verte a livello ospedaliero, cioè c'è una poca comunicazione tra ospedale e territorio.” (INF. 5)

Il miglioramento e il cambiamento dello stile di vita dei pazienti con lo scompenso cardiaco è un tema che i partecipanti all'intervista hanno molto spesso esplicitato come una sfida, e molti professionisti sono impegnati a suggerire al paziente uno stile di vita sano, coinvolgendoli nel cambiamento di attività a rischio che compiono nella loro quotidianità: "Il lavoro dell'Infermiere di Famiglia ha due macro-obiettivi: il primo è quello di mettere in sicurezza il paziente, quindi possono orientarlo io a modificare dei comportamenti che sono rischiosi per la vita". (INF 4)

Un altro ambito citato dagli intervistati è quello psicologico, poiché è emerso che il paziente con scompenso cardiaco si sente solo e questo comporta una fragilità sul fronte psicologico: "Questi pazienti dal punto di vista fisico e psicologico sono molto provati, per la dispnea, edemi declivi, scarsa mobilità."(INF. 3)

In generale, dalle interviste emerge un focus sulle attività di educazione, sostegno, supporto: "diamo un sostegno psicologico, perché sono pazienti che dal punto di vista emotivo sono molto fragili e spesso basta poco per cedere, loro hanno un contatto diretto con noi e si riesce a riportare la calma." (INF 3); "Noi siamo come una guida." (INF 7); "La sfida principale è stata quella di far emergere quale sia il loro obiettivo." (INF 4)

Altre etichette invece non si sono ripetute con la stessa frequenza di quelle sopra citate, come ad esempio: la necessità di trovare del personale di supporto per le cure igieniche oppure dei volontari che aiutassero i loro assistiti; la sensibilizzazione sulla conoscenza della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in ambito intraospedaliero; la necessità di una calendarizzazione di giornate in cui vi fosse la presenza del medico cardiologo dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco presente nel territorio veneziano affinché vi fosse la possibilità di avere un contatto diretto se fosse risultato necessario; la predisposizione di un sistema informatizzato, dove sia possibile trovare la storia del paziente, le prestazioni erogate e in cui fosse possibile inserire i parametri vitali ad ogni visita domiciliare; fornire il personale dell'équipe degli Infermieri di Famiglia di *device* per facilitare il processo di monitoraggio.

Infine, l'etichetta riguardante l'ampliamento a tutti i pazienti affetti da scompenso cardiaco del servizio proposto dall'ambulatorio dello scompenso cardiaco, vuole essere un consiglio dal punto di vista organizzativo, poiché questi pazienti hanno delle necessità organizzative elevate: " L'ambulatorio dello scompenso rischia di essere una cosa che si fa sulla carta ma

effettivamente poi lo si fa per pochi eletti, questo non va bene perché se si tratta di sistema sanitario nazionale tutte le opportunità si devono garantire a tutta la popolazione.” (INF. 2).

4.3 Raggruppamento delle Etichette in Categorie

Le categorie individuate sono 11.

- 1) TERAPIA: si intende tutte le necessità di tipo organizzativo, gestionale, educativo della terapia farmacologica. Le etichette:
 - *Aderire alla terapia*
 - *Gestire la terapia*
 - *Educare sulla terapia*
 - *Controllare della scadenza del Piano Terapeutico*
 - *Attuare di strategie per l’assunzione dei farmaci*
- 2) PARAMETRI VITALI: in questa categoria si affrontano le tematiche della rilevazione, monitoraggio e inserimento dei dati in una piattaforma apposita, al momento non disponibile, per registrare e mantenere sotto controllo i *trend* dei vari parametri vitali da monitorare, quali peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, pulsossimetria. Le etichette:
 - *Rilevazione dei parametri vitali*
 - *Monitoraggio dei parametri vitali*
 - *Educare sull’importanza della rilevazione, le modalità e gli orari in cui rilevare i parametri vitali*
 - *Inserire i parametri vitali in una piattaforma*
- 3) SEGNI E SINTOMI: qui si affrontano le tematiche del riconoscimento precoce dei segni e sintomi in merito a ciò si svolge l’educazione volta ai pazienti del riconoscimento di segni predittivi della ricaduta dello scompenso cardiaco. Le etichette:
 - *Monitorare i cambiamenti*
 - *Educare sul riconoscimento precoce di segni e sintomi*
 - *Ricaduta dello scompenso cardiaco*
- 4) COMUNICAZIONE TRA SERVIZI: all’interno di questa categoria sono raggruppate le etichette riguardanti la comunicazione tra i vari servizi. Più precisamente la mancanza della comunicazione tra ospedale e territorio e di

conseguenza la necessità di incrementarla e l'impiegazione di una delle peculiarità dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, cioè quella di creare comunicazione e sinergia tra paziente, medico di medicina generale e servizi ospedalieri.

Le etichette:

- *Mancanza di comunicazione tra ospedale e territorio*
- *Creare comunicazione tra paziente, ospedale e territorio*
- *Incrementare la comunicazione*

5) SALUTE FISICA: questa categoria esplicita le problematiche fisiche dei pazienti, a causa dei sintomi. Inoltre, in ambito di qualità di vita, la salute fisica rappresenta un tema molto caldo in termini di promozione della salute. Le etichette:

- *Essere fragili fisicamente*
- *Migliorare la salute fisica*

6) STATO EMOTIVO: come la categoria precedente si fa riferimento alla qualità di vita, che in questi pazienti viene meno a causa della solitudine e/o tono dell'umore deflesso. I pazienti affetti da scompenso cardiaco vedono la loro quotidianità cambiare a causa della loro condizione fisica, dei loro cambiamenti fisici e sociali. Una delle *skills* degli infermieri in questo ambito riguarda l'aumento della resilienza di questi pazienti.

Le etichette:

- *Essere soli*
- *Percezione del paziente*
- *Essere resilienti*

7) ETA' ELEVATA: l'aumento dell'età media di questa tipologia di pazienti rende difficile la gestione della patologia, dei sintomi, della terapia e dello stile di vita corretto da mantenere. L'etichetta che rientra in questa categoria è: *essere grandi anziani*.

8) STILE DI VITA: in questa categoria vengono inserite le etichette che riguardano gli interventi di miglioramento dello stile di vita, eliminando i fattori di rischio ed educando i pazienti sulla dieta corretta da seguire. Le etichette:

- *Non essere complianti nello stile di vita.*
- *Educare sull'alimentazione*
- *Eliminare i fattori di rischio*

- *Cambiare lo stile di vita scorretto*
- 9) GESTIONE E ORGANIZZAZIONE: dalle interviste spicca la necessità di fornire dei *device* per la rilevazione dei parametri vitali agli Infermieri di Famiglia e di Comunità; questa richiesta nasce da esigenze nate dalla problematica che molti pazienti non sono forniti di questi dispositivi oppure li possiedono ma non sono idonei. I professionisti suggerivano inoltre che la rilevazione dei parametri per mezzo di questi *device* fosse trasmessa in tempo reale all'ospedale, attraverso la predisposizione di un programma informatizzato e consultabile da un medico di riferimento in un dato giorno concordato. Le etichette:
- *Avere la disponibilità di un sistema informatico di tracciamento*
 - *Fornire i device agli infermieri*
 - *Calendarizzare giornate per avere un contatto diretto*
- 10) AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO CARDIACO: la necessità principale evidenziata è quella di ampliare a tutti i pazienti affetti da scompenso cardiaco la possibilità di accedere al servizio di telemedicina, quindi che questo non fosse dedicato ad un numero limitato di pazienti. Le etichette:
- *Incrementare il campo della telemedicina*
 - *Ampliare a tutti i pazienti con scompenso cardiaco*
- 11) COMPETENZE TRASVERSALI: questa categoria riguarda tutte le competenze che l'Infermiere di Famiglia e di comunità si trova a compiere nei vari ambiti. Come suggerisce il profilo professionale il loro compito è quello di educare, coordinare le necessità e supportare i pazienti. Le etichette:
- *Rassicurare il paziente*
 - *Agire in maniera educativa*
 - *Consigliare il paziente*
 - *Sostenere il paziente*
 - *Coordinare le necessità organizzative della patologia*
 - *Aiutare nella costanza dei follow-up*
 - *Guidare nel percorso*
 - *Creare un rapporto di fiducia*
 - *Lavorare proattivamente*
 - *Trovare OSS*

- *Assistere l'ambiente circostante*
- *Incrementare la conoscenza della figura dell'Infermiere di Famiglia*

Dalle interviste è emersa anche un'altra categoria, cioè quella che consiste nel coinvolgere i familiari, volontari e/o *caregiver*. Questa categoria non rientrava nei criteri delle domande poste, ma si è rivelata un importante indicatore per la riuscita degli interventi infermieristici impiegati.

5. DISCUSSIONE

5.1 Le problematiche assistenziali nei pazienti con scompenso cardiaco.

Le principali problematiche riscontrate dagli intervistati riguardano prevalentemente il collegamento con i servizi intraospedalieri e il medico di medicina generale e la gestione della terapia: i pazienti con scompenso cardiaco a causa dell'elevata età e della numerosità dei farmaci che devono assumere hanno difficoltà ad autogestirsi.

Gli infermieri interpellati affermano che la comunicazione con i servizi di cardiologia è scarsa: garantire la continuità assistenziale evita la ricomparsa dei sintomi di riacutizzazione dello scompenso cardiaco. Come emerge dalla letteratura, predisporre un approccio multidimensionale della patologia è utile per stabilizzare il paziente e di conseguenza si riducono i numeri dei ricoveri (Gianna Fabbri *et al.*, 2007).

Nello studio di Volpe *et al.* (2014) l'età, il livello socio-economico, la complessità dei piani terapeutici e la scarsa comunicazione con i pazienti circa la terapia, sono fattori di grande rilevanza nel campo dell'aderenza terapeutica. La terapia del paziente con scompenso cardiaco è composta da una quantità elevata di farmaci, da ciò si può ben comprendere che molto probabilmente l'anziano riscontrerà dei problemi nella gestione, poiché potrebbe confondere le scatole dei farmaci e i dosaggi. Inoltre, la sintomatologia della patologia rende i pazienti molto fragili fisicamente: alla luce di ciò essi molto spesso non sono in grado di svolgere le attività di vita quotidiana in assenza di sintomi oppure di un loro aumento durante lo sforzo. Un altro fattore importante che spesso porta il paziente ad abbandonare la terapia è la mancanza di fiducia sull'efficienza del farmaco, dovuta ad una mancanza di conoscenza dello stesso oppure dall'incomprensione delle indicazioni fornite.

I farmaci diuretici che stanno alla base della terapia dello scompenso cardiaco provocano l'insorgenza di poliuria, la quale porta un grande beneficio terapeutico, ma allo stesso tempo crea disagio nel paziente, poiché non è in grado di gestire la frequenza delle minzioni, e quindi si trova costretto a confinarsi in casa, determinando un'instabilità dal punto di vista psicologico perché la rete sociale man mano diventa sempre più ristretta. La fragilità dal punto di vista psicologico non è determinata solamente dalla terapia ma anche dai cambiamenti dell'aspetto fisico: a causa della patologia i pazienti vedono il loro corpo

cambiare e credono che sia dovuto solamente dal loro stile di vita scorretto; il ruolo dell'infermiere in questo senso è far comprendere al paziente che la sintomatologia si sta riacutizzando e che sarà necessaria una rivalutazione per apportare delle modifiche alla terapia.

5.2 Gli interventi attuati nella gestione dello scompenso cardiaco.

Dalle interviste emerge in toto il profilo professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità e il suo ruolo pedagogico. Gli interventi educativi messi in atto riguardano sfere differenti: rilevazione dei segni e sintomi, rilevazione dei parametri vitali, terapia e stile di vita.

Per quanto riguarda l'educazione al monitoraggio e al riconoscimento precoce di segni e sintomi tipici della riacutizzazione dello scompenso cardiaco, gli infermieri spiegano ai loro assistiti quali sono i segni (edemi declivi, aumento di peso, tachicardia) e sintomi (dispnea, fatigue e angina). Questa tipologia di intervento si attua allo scopo di prevenire l'esordio della malattia favorendo un'azione tempestiva per contenere i sintomi. Lo stesso discorso vale per l'educazione alla rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, pulsossimetria): viene spiegato al paziente il motivo per il quale è importante la loro rilevazione e i momenti della giornata in cui devono essere misurati; altresì importante è il tracciamento di ogni rilevazione, perciò si suggerisce di stilare un diario dove annotare i parametri vitali, specificando giorno e ora.

Per quanto concerne invece la gestione della terapia, l'infermiere spiega all'assistito l'importanza di assumere con regolarità i farmaci prescritti; per ottenere una maggiore comprensione del regime terapeutico e un aumento dell'aderenza alle prescrizioni, il professionista deve informare il paziente sulla tipologia di medicinali che sta assumendo, gli effetti terapeutici ed eventuali controindicazioni. Una delle strategie che gli infermieri mettono in pratica è la realizzazione di una tabella in cui vengono specificati i farmaci da assumere, con la posologia idonea (dosaggio, modalità di assunzione) e l'orario in cui devono assumere un dato farmaco.

Il cambiamento dello stile di vita per i pazienti con scompenso cardiaco è un argomento molto delicato da affrontare. Gli assistiti hanno difficoltà a cambiare molte delle loro abitudini, il più delle quali scorrette e rappresentanti di fattori di rischio per la patologia; molti pazienti infatti sono fumatori e adottano una dieta scorretta, quindi risulta essenziale

iniziare un intervento di tipo educativo circa lo stile di vita. Questa tipologia di utenti devono seguire una dieta iposodica, astenersi dal fumo di sigaretta e quando programmano dei viaggi devono tenere in considerazione la durata del viaggio e di spostarsi in una località in cui la temperatura non sia né troppo elevata né troppo bassa e che non ci sia umido. Per quanto riguarda invece l'attività fisica si consiglia di ridurre l'intensità dell'attività fisica e di alternare periodi di esercizio con periodi di riposo. In generale è consigliabile eseguire l'attività fisica con quotidianità. Nell'ambito dell'attività fisica Habibzadeh *et al.* (2021) confermano il fatto che è necessario un *team* interdisciplinare che sproni il paziente a non essere sedentario e fargli capire l'importanza di svolgere attività fisica periodicamente.

In conclusione, uno degli interventi dell'Infermiere di Famiglia è quello di mettersi in contatto con le figure che girano attorno alla realtà della patologia, mantenendo i contatti con il medico di medicina generale, il cardiologo e il servizio di cardiologia per favorire una gestione integrata del paziente.

Habibzadeh *et al.* (2021) evidenziano nel loro studio che gli interventi volti all'educazione sulla terapia, sui sintomi e la modificazione dello stile di vita scorretto sono associati ad una riduzione dell'ospedalizzazione. Inoltre, gli infermieri hanno il ruolo chiave di migliorare la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco, anche perché è uno degli scopi principali nel trattamento di questa patologia.

5.3 Gli ambiti della qualità di vita in cui gli interventi si sono rivelati efficaci.

A questa domanda gli infermieri hanno risposto concentrandosi su tre aspetti: lo stile di vita, lo stato emotivo e la salute fisica.

Come spiegano gli intervistati, lavorare per il miglioramento della salute fisica non è un'impresa semplice, bisogna ottenere la fiducia del paziente e far emergere i suoi obiettivi prioritari da raggiungere, affinché sia più spronato a svolgere quelli che ritiene secondari. Una volta ottenuto ciò si può pensare di intervenire in determinati ambiti, poiché l'assistito si dimostra collaborante e ha compreso l'importanza di assumere la terapia e condurre uno stile di vita sano, ottenendo dei risultati positivi.

Sul versante emotivo, invece, si osserva che gli infermieri esercitano il loro ruolo con empatia, cercando di fornire supporto, rassicurazione e rendendo conscio l'assistito di avere una figura professionale su cui fare riferimento.

Mottola *et al.* (2018) ci spiegano che le ricadute molto spesso non sono date dalla gravità della patologia ma piuttosto da fattori personali e del proprio vissuto. L'articolo ci suggerisce che è importante indagare nei pazienti quali possono essere le vulnerabilità emotive di ognuno, in modo tale da poter garantire un'assistenza infermieristica focalizzata sul supporto e sulla sensibilizzazione del corretto stile di vita da adottare che non riguardi solo il versante fisico ma che consideri la qualità di vita e il decorso della malattia. Alla luce dei fatti quindi, si evince che prestare attenzione all'aspetto emotivo ha dei caratteri benefici anche sulle altre categorie riguardanti la qualità di vita.

5.4 Le principali sfide riscontrate nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco.

Una delle difficoltà più grandi nella gestione di questa tipologia di pazienti riguarda l'ambito emotivo e personale. Gli Infermieri di Famiglia che entrano nelle case dei pazienti devono assicurarsi di aver instaurato un ottimo rapporto di fiducia con essi e con le loro figure di riferimento. Così facendo gli assistiti accolgono i consigli che gli vengono forniti e vedono negli infermieri una figura di supporto su cui contare e con cui poter affrontare tutte le tematiche che possono creargli dei dubbi. Ottenere la fiducia dei pazienti è una sfida molto difficile, soprattutto se si tratta di persone anziane con una certa *routine*: l'inserimento di una nuova figura in casa potrebbe compromettere il loro equilibrio; per tali ragioni, il processo deve avvenire in maniera graduale così da non interferire con la loro quotidianità.

Può risultare molto difficile anche modificare lo stile di vita delle persone e rimuovere i fattori di rischio per una possibile riacutizzazione. Questa problematica non vale solo per il paziente anziano, ma anche per quello giovane. Purtroppo sradicare delle credenze oppure la scetticità in merito a degli argomenti rappresenta una vera propria impresa. Molti di questi pazienti sono convinti di essere in grado di gestire in autonomia tutte le necessità legate alla patologia, dalla terapia al cambiamento dello stile di vita, non rendendosi conto che la loro visione dei fatti spesso è distorta. Perciò gli infermieri devono eseguire con molta cautela un lavoro meticoloso cercando di far comprendere al paziente quali sono le necessità assistenziali e quale sia il suo limite.

La gestione della terapia ancora una volta rappresenta una difficoltà, sia per la complessità propria della terapia che nella comprensione della tipologia di farmaci che si sta assumendo. Ad esempio, il farmaco che crea più difficoltà e disagio ai pazienti appartiene

alla categoria dei diuretici, che provocano una minzione frequente e quindi un vero e proprio problema per gli assistiti, perché li vede costretti a chiudersi in casa oppure non allontanarsi troppo dal domicilio, o assicurarsi che il posto in cui andranno sia provvisto dei servizi igienici. Per trovare una soluzione a questo problema alle volte i pazienti sospendono la terapia, non considerando però che la probabilità che avvenga la ricomparsa della sintomatologia sia molto alta.

Infine, una delle sfide ma anche delle problematiche riscontrate dagli intervistati è quella di creare una comunicazione efficace con i servizi e con le figure che girano attorno alla sfera dello scompenso cardiaco. L'esistenza di una comunicazione efficace tra i servizi renderebbe la gestione della patologia più semplice ed immediata, garantendo anche un incremento della qualità di vita del paziente. Purtroppo nella realtà indagata in questa tesi non esiste un canale diretto tra territorio, cioè il medico di medicina generale e gli Infermieri di Famiglia, e i servizi ospedalieri di cardiologia, il che rende molto complicato fornire degli interventi mirati in maniera tempestiva.

Scardi *et al.* (2007) espongono il problema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, dimostrando un miglioramento dei risultati quando il medico di medicina generale, il cardiologo e l'infermiere collaborano nella gestione di questi pazienti fornendo un piano di cura multidisciplinare e specifico per il singolo paziente. Gli infermieri sono una parte fondamentale e svolgono un ruolo centrale nella gestione dello scompenso cardiaco poiché sono quell'anello che mette in comunicazione il paziente, il medico di medicina generale e il team medico ospedaliero. All'infermiere viene data la possibilità di gestire in maniera "indipendente" la terapia farmacologica (secondo dei protocolli prestabiliti) e di pianificare un piano educativo coinvolgendo il paziente nella stesura di questo, per fare in modo che vi sia anche la sua completa collaborazione. Come suggerisce la letteratura, garantire le visite domiciliari oppure dei contatti telefonici periodici assicura dei risultati ottimi nella gestione della malattia.

5.5 Miglioramenti dal punto di vista organizzativo

Dalle interviste condotte sono emersi come punti di rilievo la mancanza di *device* a livello territoriale, i quali potrebbero agevolare l'assistenza, poichè molto spesso i pazienti sono sprovvisti di dispositivi idonei per la rilevazione dei parametri. Sarebbe dunque utile per esempio mettere a disposizione degli Infermieri di Famiglia dispositivi che inviano i

risultati istantaneamente su una piattaforma visibile non sono dagli Infermieri di Famiglia ma anche dal medico di medicina generale e gli specialisti che lavorano nella realtà ospedaliera.

Dagli intervistati emergono inoltre spunti interessanti che riguardano il campo della telemedicina: questo servizio al momento all'interno dell'Azienda *ULSS 3 Serenissima* vede come protagonisti una porzione di pazienti limitata, e soprattutto scelta seguendo dei criteri definiti dall'Ambulatorio dello scompenso cardiaco. Gli infermieri interpellati mettono l'accento sul fatto che, essendo un servizio fornito dal Sistema Sanitario Nazionale, questo dovrebbe essere offerto a tutta la popolazione affetta da scompenso cardiaco residente nella zona di Venezia Centro Storico.

Per ottenere una gestione integrata e completa ai pazienti con scompenso cardiaco gli Infermieri di Famiglia ascoltati consigliano inoltre di ottimizzare la comunicazione tra ospedale e territorio, implementando i canali di comunicazione e coordinando le necessità del paziente. Per far ciò è necessario che le persone affette da scompenso cardiaco siano conosciute nel territorio in modo tale da garantire loro una corsia preferenziale nel momento del bisogno. Altri suggerimenti riguardavano la necessità di calendarizzare delle giornate in accordo con un medico cardiologo reperibile, in modo tale che gli Infermieri di Famiglia potessero concentrare le loro visite domiciliari a pazienti affetti da scompenso cardiaco nelle giornate selezionate e ricevere un riscontro immediato da parte dello specialista in caso di dubbi o necessità particolari.

Un altro argomento che emerge dalle parole degli esperti è quello della sensibilizzazione in ambito ospedaliero della figura dell'Infermiere di Famiglia: secondo uno degli intervistati questo intervento potrebbe aiutare la gestione integrata, poiché al giorno d'oggi a livello ospedaliero ancora non si conosce bene questa figura.

Come affermano Barton *et al.* (2022), la comunicazione tra l'équipe ospedaliera specializzate in cardiologia e le cure primarie deve essere solida e chiara, senza documentazioni ridondanti. In questo articolo viene proposto un modello di lavoro basato sulla gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco, che si focalizza sul team multidisciplinare. La creazione del percorso integrato per lo scompenso cardiaco svolto nel nord-ovest di Londra ha previsto la realizzazione di un *database* che tutti i professionisti sanitari che girano attorno al paziente affetto da scompenso cardiaco possono consultare e

aggiornare. Il modello proposto rende i compiti amministrativi più efficienti e rapidi, raccogliendo la storia clinica in un'unica piattaforma consultabile da parte degli specialisti. Ramgobin *et al.* (2022) affermano che la predisposizione del servizio di telemedicina ai pazienti affetti da scompenso cardiaco comporta un significativo miglioramento dello stato di salute, della qualità di vita e anche di una corretta e continua gestione della patologia. Grazie all'intervento della telemedicina, gli specialisti possono monitorare e valutare l'andamento dei parametri vitali nel tempo, anche a distanza. I parametri rilevati a domicilio vengono inseriti in un programma apposito, permettendo così agli specialisti di mantenere sotto controllo la situazione del paziente da remoto.

6. CONCLUSIONI

Nel presente lavoro di tesi emerge come la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, sebbene ancora in fase di evoluzione e poco conosciuta in ambito ospedaliero, potrebbe risultare fondamentale nell'ambito dello scompenso cardiaco, poiché questa tipologia di pazienti ha necessità organizzative e di coordinamento che difficilmente riesce a gestire autonomamente.

Analizzando le interviste, uno dei temi più interessanti appare la mancanza di comunicazione tra ospedale e territorio, che per questa patologia, ma anche per molte altre malattie croniche, è molto importante; il paziente necessita di questo collegamento perché la possibilità che egli abbia una ricaduta è molto elevata se non strettamente seguito e se non viene assicurata una continuità assistenziale. Per garantire al paziente una migliore qualità di vita è essenziale che tutti gli attori che gli stanno attorno lavorino in sintonia e che la comunicazione fra le parti sia efficace, perché la qualità di vita migliora qualora il paziente benefici di una buona salute fisica e mentale. Come emerso dagli intervistati, a tal proposito potrebbe essere molto utile predisporre un sistema informatizzato comune tra ospedale e territorio che venga consultato periodicamente dagli specialisti, in modo tale da poter tenere sotto controllo tutti i cambiamenti e i *trend* dei parametri vitali, e riconoscere precocemente segni di scompenso. Se gli assistiti fossero a conoscenza di tale piattaforma potrebbero inoltre essere emotivamente più tranquilli, perché consapevoli che la loro condizione è controllata.

La figura dell'Infermiere di Famiglia ha come compito quello di promuovere la capacità di autocura del paziente, svolgendo attività di educazione alla salute volte al miglioramento della qualità di vita. Questa figura, dunque, risulta estremamente centrale nella vita dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, poiché svolge attività di tipo educativo spronando il paziente a prendersi cura di sé stesso, rendendolo consapevole della condizione della sua patologia, possibilmente coinvolgendo i *caregiver*.

Questo approccio alla gestione integrata del paziente garantirebbe oltre che ad una diminuzione del tasso di ospedalizzazione e mortalità, anche una maggiore soddisfazione degli utenti e un minor dispendio di energie e fondi da parte del Sistema Sanitario Nazionale. Focalizzandosi su interventi di tipo preventivo applicabili in vari ambiti, come

la salute fisica e lo stato emotivo, si eviterebbero riacutizzazioni gestendo con maggiore efficienza complicità evitabili.

BIBLIOGRAFIA

Barton C, Gordon S, Safa A, Plymen CM. Heart failure care pathways: the power of collaboration and marginal gains. *Br J Cardiol.* 2022 Jan 26;29(1):5. doi: 10.5837/bjc.2022.005. PMID: 35747308; PMCID: PMC9196069.

Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JG. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. *Eur J Heart Fail.* 2005 Mar 2;7(2):243-51. doi: 10.1016/j.ejheart.2005.01.012. PMID: 15701474.

De Maria R, Misuraca G, Milli M, Filippi A. La gestione integrata fra ambulatorio scompenso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2010;11(5 Suppl. 2):38S-44S. doi 10.1714/575.6806

Fabbri G, Gorini M, Maggioni AP, Oliva F, . Scompenso cardiaco: l'importanza della continuità assistenziale. *G Ital Cardiol* 2007;8(6):353-358. doi 10.1714/681.7925

Fontanel A, Carta A, Rossi F. L'avvio del servizio di Infermiere di Famiglia: l'esperienza dell'Azienda ULSS 3 Serenissima. *Assist Inferm Ric* 2023;42(4):180-188. doi 10.1702/4178.41682

Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021 Oct 5;21(1):478. doi: 10.1186/s12872-021-02294-x. PMID: 34610821; PMCID: PMC8491755.

Iliceto Sabino e Razzolini Renato. *Manuale di Cardiologia*. Piccin- Nuova Libreria, 2019. "L'insufficienza cardiaca", pp. 173-205.

Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and

valid international instrument. *Eur J Heart Fail.* 2009 Jan;11(1):99-105. doi: 10.1093/eurjhf/hfn007. PMID: 19147463.

King-Dailey K, Frazier S, Bressler S, King-Wilson J. The Role of Nurse Practitioners in the Management of Heart Failure Patients and Programs. *Curr Cardiol Rep.* 2022 Dec;24(12):1945-1956. doi: 10.1007/s11886-022-01796-0. Epub 2022 Nov 25. PMID: 36434405; PMCID: PMC9702908.

Martini L, Adesso D, Di Falco A, Costa C, Mantoan D. Gli infermieri di famiglia in Italia: indagine esplorativa. *Assist Inferm Ric* 2021;40(3):137-142. doi 10.1702/3694.36822

Obbia P. Cosa significa infermiere di famiglia e di comunità? *Assist Inferm Ric* 2021;40(3):125-130. doi 10.1702/3694.36820

Ramgobin D, Vo M, Golarmari R, Jain R, Jain R. Congestive heart failure clinics and telemedicine: The key to reducing hospital readmissions in the United States. *Cardiol J.* 2022;29(6):1013-1019. doi: 10.5603/CJ.a2021.0073. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34308538; PMCID: PMC9788733.

Scardi S, Humar F, Di Lenarda A, Mazzone C, Giansante C, Sinagra G. Continuità assistenziale ospedale-territorio per il paziente con scompenso cardiaco cronico: una rivoluzione e una sfida nella cura ambulatoriale. *G Ital Cardiol* 2007;8(2):83-91. doi 10.1714/677.7887

Singhal A, Riley JP, Cowie MR. Benefits and challenges of telemedicine for heart failure consultations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2023 Aug 10;23(1):847. doi: 10.1186/s12913-023-09872-z. PMID: 37563576; PMCID: PMC10413528.

Volpe M, Degli Esposti L, Romeo F, Trimarco B, Bovenzi FM, Mastromarino V, Battistoni A. Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso. *G Ital Cardiol* 2014;15(10 Suppl. 1):3S-10S. doi 10.1714/1696.18514

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914.

Wiśnicka A, Lomper K, Uchmanowicz I. Self-care and quality of life among men with chronic heart failure. *Front Public Health*. 2022 Jul 22;10:942305. doi: 10.3389/fpubh.2022.942305. PMID: 35937256; PMCID: PMC9354614.

SITI CONSULTATI

<https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/approfondimentoGiorniSalute>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/s/scompenso-cardiaco?highlight=WyJzYWx1dGFyZSJd>

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>

ALLEGATI

Trascrizione delle interviste ed analisi del testo secondo il metodo fenomenologico.

DOMANDA 1: Quali sono le principali problematiche che ha riscontrato nell'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco?

Dati intervistati	Testo integrale dell'intervista	Unità di analisi	Etichetta	Categoria
INF. 1 SESSO: M ANNI: 47 ANNI DI ESPERIENZA: 24	<p>La principale problematica riscontrata è la ricaduta dello scompenso, la difficoltà nella compliance della gestione della terapia e nella gestione della patologia, poiché è molto complessa e composta da moltissimi farmaci. Un'altra difficoltà nella gestione della rilevazione dei parametri vitali (come ad esempio PAO, peso). Difficoltà nella comunicazione con il servizio di cardiologia, poiché l'ambulatorio dello scompenso lavora esclusivamente con i pazienti che loro arruolano, mentre i pazienti che non sono seguiti da questo programma hanno bisogno di un contatto prima con il MMG che prepara l'impegnativa per accedere poi ai servizi di cardiologia, mentre i pazienti seguiti dall'ambulatorio dello scompenso hanno la possibilità di inserire su una piattaforma i parametri ad ogni intervento o addirittura in autonomia, tramite l'aiuto dei parenti, ogni giorno. Quello che manca è il legame diretto con il cardiologo, infatti molti di loro vengono seguiti privatamente.</p>	<p>“La principale problematica riscontrata è la ricaduta dello scompenso.”</p> <p>“La difficoltà nella compliance della gestione della terapia e nella gestione della patologia, poiché è molto complessa e composta da moltissimi farmaci.”</p> <p>“Difficoltà nella gestione della rilevazione dei parametri vitali (come ad esempio PAO, peso).”</p> <p>“Difficoltà nella comunicazione con il servizio di cardiologia, poiché l'ambulatorio dello scompenso lavora esclusivamente con i pazienti che loro arruolano.”</p>	<p>Ricaduta dello scompenso cardiaco</p> <p>Aderire e gestire la polifarmacoterapia</p> <p>Rilevare i parametri vitali</p> <p>Comunicare con il servizio di cardiologia</p>	<p>SEGNI E SINTOMI</p> <p>TERAPIA</p> <p>PARAMETRI VITALI</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p> <p>COMUNICAZIONE TRA</p>

		<p>“I pazienti che non sono seguiti da questo programma hanno bisogno di un contatto prima con il MMG che prepara l’impegnativa per accedere poi ai servizi di cardiologia.”</p> <p>“I pazienti seguiti dall’ambulatorio dello scopenso hanno la possibilità di inserire su una piattaforma i parametri ad ogni intervento o addirittura in autonomia, tramite l’aiuto dei parenti, ogni giorno.”</p> <p>“Quello che manca è il legame diretto con il cardiologo, infatti molti di loro vengono seguiti privatamente.”</p>	<p>Contattare il MMG</p> <p>Inserire i parametri in piattaforma</p> <p>Essere seguiti privatamente perché manca il legame diretto con il cardiologo</p>	<p>SERVIZI</p> <p>PARAMETRI VITALI</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
<p>INF. 2</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 51</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 20</p>	<p>molto spesso ci si trova tra due realtà che non comunicano, tra ospedale e territorio.</p>	<p>”due realtà che non comunicano, tra ospedale e territorio.”</p>	<p>comunicare con l’ospedale</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
<p>INF. 3</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 56</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 28</p>	<p>Questi pazienti dal punto di vista fisico e psicologico sono molto provati, per la dispnea, edemi declivi, scarsa mobilità, quindi è difficile l’assistenza minima di base: ad esempio trovare OSS che coprano l’assistenza di base e verificare se hanno i requisiti affinché possano usufruire dei servizi offerti dal comune. Quindi è un paziente dal punto di vista fisico molto fragile, che anche nelle minime cose come ad esempio gli spostamenti all’interno dell’abitazione diventano molto difficili. I nostri pazienti hanno un’età media molto elevata, molto spesso sono soli oppure con il coniuge.</p>	<p>“Questi pazienti dal punto di vista fisico e psicologico sono molto provati, per la dispnea, edemi declivi, scarsa mobilità.”</p> <p>“È difficile l’assistenza minima di base: ad</p>	<p>Essere provati fisicamente e psicologicamente</p>	<p>SALUTE FISICA/STATO EMOTIVO</p>

		<p>esempio trovare OSS che coprano l'assistenza di base, verificare se hanno i requisiti affinché possano usufruire dei servizi offerti dal comune.”</p> <p>“Quindi è un paziente dal punto di vista fisico molto fragile, che anche nelle minime cose come ad esempio gli spostamenti all'interno dell'abitazione diventano molto difficili.”</p> <p>“I nostri pazienti hanno un'età media molto elevata”</p> <p>“molto spesso sono soli oppure con il coniuge.”</p>	<p>Trovare OSS</p> <p>Essere fisicamente fragili</p> <p>Essere grandi anziani</p> <p>Essere soli</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>SALUTE FISICA</p> <p>ETA' ELEVATA</p> <p>STATO EMOTIVO</p>
<p>INF. 4</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI:30</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>La problematica principale che si incontra è l'aderenza terapeutica, cioè una scorretta gestione della terapia.</p> <p>Un'altra problematica è la mancanza di canali strutturati tra ospedale e territorio.</p>	<p>“La problematica principale che si incontra è l'aderenza terapeutica, cioè una scorretta gestione della terapia.”</p> <p>“Mancanza di canali strutturati tra ospedale e territorio.”</p>	<p>Aderire alla terapia.</p> <p>Comunicare con l'ospedale</p>	<p>TERAPIA</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
<p>INF. 5</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 36</p>	<p>Ho avuto un solo paziente con scompenso cardiaco, che mi è stato passato dall'ambulatorio dello scompenso cardiaco. La difficoltà principale è stato il fatto che era una persona molto anziana, con la moglie anch'essa anziana e non riusciva a gestirlo in</p>	<p>“La difficoltà principale è stato il fatto che era una persona molto anziana, con la moglie anch'essa anziana e non riusciva a</p>	<p>Essere grandi anziani</p>	<p>ETA' ELEVATA</p>

ANNI DI ESPERIENZA: 13	quanto lui aveva inoltre un inizio di demenza senile e di conseguenza era aggressivo nei confronti della moglie. Il paziente non era compliant sia alla terapia che allo stile di vita.	gestirlo.” “Il paziente non era compliant sia alla terapia che allo stile di vita.	Non essere compliant alla terapia e stile di vita	TERAPIA/STILE DI VITA
INF. 6 SESSO: F ANNI: 31 ANNI DI ESPERIENZA: 7	La principale problematica è la mancanza di un collegamento diretto con un medico ospedaliero.	”mancanza di collegamento con un medico ospedaliero”	Comunicare con l'ospedale	COMUNICAZIONE TRA SERVIZI
INF. 7 SESSO: F ANNI: 57 ANNI DI ESPERIENZA: 10	La principale problematica riscontrata è la poca fiducia da parte dei pazienti sull'efficacia del farmaco, molto spesso il farmaco è stato dato senza fornire una spiegazione sul suo funzionamento e gli effetti sulla salute del paziente oppure è stato spiegato con parole difficili. Un grande problema per questi pazienti è l'insorgenza di poliuria, e quindi sono costretti a stare a casa e hanno vergogna ad uscire perché non riescono a gestire le perdite di urine e si chiudono in casa, di conseguenza smettono di prendere i farmaci e quindi rientrano nuovamente in ospedale.	“La principale problematica riscontrata è la poca fiducia da parte dei pazienti sull'efficacia del farmaco.” “Un grande problema per questi pazienti è l'insorgenza di poliuria” “hanno vergogna ad uscire perché non riescono a gestire le perdite di urine”	Non avere fiducia sull'efficacia del farmaco Insorgere di segm Avere vergogna	TERAPIA SEGNIE SINTOMI STATO EMOTIVO

DOMANDA 2: Secondo la sua esperienza qual è il ruolo dell'Infermiere di Famiglia nella gestione del paziente con problematiche cardiologiche? Può spiegarmi nel dettaglio la tipologia di interventi che ha messo in atto possibilmente riportando degli esempi concreti?

Dati intervistati	Testo integrale dell'intervista	Unità di analisi	Etichetta	Categoria
INF. 1	Il mio ruolo consiste nel monitorare i cambiamenti	“Monitorare i cambiamenti perché di solito		

<p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 47</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 24</p>	<p>perché di solito il paziente scompensato nel giro di pochi giorni diventa sintomatico (dispnea, affaticamento, edemi declivi). Gli interventi: monitoraggio dei parametri, rassicurare la persona, dicendogli che non è sola, gli lasciamo il nostro recapito telefonico nel caso in cui avessero bisogno telefonano. Fornisco delle strategie per l'assunzione corretta della terapia come ad esempio fare uno schema con gli orari, il dosaggio e il nome del farmaco, inoltre controllo che le confezioni dei farmaci presenti in casa siano quelle corrette, controllare la scadenza dei piani terapeutici dei farmaci. Pianificazione con il MMG delle visite di Follow up.</p>	<p>il paziente scompensato nel giro di pochi giorni diventa sintomatico (dispnea, affaticamento, edemi declivi)."</p> <p>"Monitoraggio dei parametri."</p> <p>"Rassicurare la persona, dicendogli che non è sola, gli lasciamo il nostro recapito telefonico nel caso in cui avessero bisogno telefonano.</p> <p>"Strategie per l'assunzione corretta della terapia come ad esempio fare uno schema con gli orari, il dosaggio e il nome del farmaco."</p> <p>"Inoltre controllo che le confezioni dei farmaci presenti in casa siano corrette."</p> <p>"Controllare la scadenza dei piani terapeutici dei farmaci."</p>	<p>Monitorare i cambiamenti</p> <p>Monitorare i parametri vitali</p> <p>Rassicurare il paziente</p> <p>Attuare strategie per un'adeguata assunzione della terapia</p> <p>Controllare che i farmaci siano corretti</p> <p>Controllare scadenze piani terapeutici</p>	<p>SEGNI E SINTOMI</p> <p>PARAMETRI VITALI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>TERAPIA</p> <p>TERAPIA</p> <p>TERAPIA</p>
<p>INF. 2</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 51</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 20</p>	<p>Ti porto un esempio eclatante, ora c'è un nuovo farmaco che si chiamano le gliflozine, che vengono associate al farmaco dalla denominazione Entresto, farmaci scoperti per i pazienti diabetici, in seguito hanno scoperto che queste molecole diminuiscono di molto il precarico e quindi fanno urinare tanto, quindi vedi la comparsa di livelli di glicosuria molto alti però nei pazienti con lo scompenso cardiaco aumentano la Frazione di Eiezione (FE), la paziente</p>	<p>"Il mio ruolo è stato quello di mettermi in contatto con l'ospedale spiegando il fatto."</p> <p>"In questo caso è stata un'azione educativa."</p> <p>"Continuava ad avere delle ipotensioni importanti."</p>	<p>Comunicare con il servizio di cardiologia</p> <p>Agire in maniera educativa</p> <p>Monitorare i parametri vitali</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>PARAMETRI VITALI</p>

	<p>che seguo da una FE del 15% è arrivata ad una FE del 30%. Succede che il medico di medicina generale (MMG) guarda gli esami e si spaventa per la glicosuria quindi sospende il farmaco alla mia paziente, la quale doveva andare ad un controllo cardiologico per impiantare un defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD) ma non avendo preso il farmaco si è fatta tre giorni di ospedale per niente, quindi il servizio di cardiologia insoddisfatto, così come la paziente, mentre il MMG non curante. Il mio ruolo è stato quello di Inizialmente mettermi in contatto con l'equipe dell'ospedale spiegando il fatto, il personale del reparto ha contattato il MMG a cui ha spiegato che il farmaco non era stato dato per il diabete e adesso la paziente sta prendendo regolarmente questa tipologia di farmaco senza che il MMG ci metta mano. In questo caso è stata un'azione educativa. Il secondo esempio che ti porto è di una paziente che ha avuto un arresto cardiaco con scompenso sul territorio, non ha trovato posto letto a Mestre, Venezia, Treviso, mirano, Chioggia, quindi l'hanno mandata a Rovigo, dove le hanno fatto l'impianto dell'ICD e in tre giorni dimessa, una volta a casa aveva la ferita quasi aperta e ho dovuto agire sulla ferita affinché non si infettasse e si chiudesse, poi continuava ad avere delle ipotensioni importanti, lì ho agito con il MMG sul monitoraggio pressorio cercando di aggiustare i farmaci che prendeva, poi mi sono messo in collegamento con UTIC di Mestre e la mia paziente è stata collegata presso il servizio di cardiologia Mestre dove è seguita in maniera consona. Sono stati dati alla paziente i consigli necessari per gestire lo scompenso, perché molto spesso i pazienti che hanno l'ospedale compenso vedono che diventano diversi da un giorno all'altro e pensano che sia dovuto all'eccessivo apporto di cibo e magari sono pieni d'acqua.</p>	<p>“Ho agito con il MMG sul monitoraggio pressorio cercando di aggiustare i farmaci che prendeva.”</p> <p>“Mi sono messo in collegamento con UTIC di Mestre e la mia paziente è stata collegata presso il servizio di cardiologia Mestre dove è seguita in maniera consona.”</p> <p>“Sono stati dati alla paziente i consigli necessari per gestire lo scompenso.”</p> <p>“Molto spesso i pazienti che hanno lo scompenso vedono che diventano diversi da un giorno all'altro e pensano che sia dovuto all'eccessivo apporto di cibo e magari sono pieni d'acqua.”</p>	<p>Aggiustare la terapia</p> <p>Contattare Utic</p> <p>Consigliare il paziente</p> <p>Percezione dei pazienti</p>	<p>TERAPIA</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>STATO EMOTIVO</p>
--	--	--	---	--

<p>INF. 3</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 56</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 28</p>	<p>Mi ritrovo in questa definizione: mi sento un po' un coordinatore, un educatore e a volte anche diamo un sostegno psicologico, perché sono dei pazienti dal punto di vista emotivo sono molto fragili e spesso basta poco per cedere, loro hanno un contatto diretto con noi e si riesce a riportare la calma. Un coordinatore perché questi pazienti una volta che sono a casa hanno comunque bisogno di fare esami del sangue, visita di controllo e mettere in contatto sia loro che la famiglia con il MMG. Un educatore perché si cerca di spiegare quello che possono o non possono mangiare, quali siano i comportamenti che devono adottare e quelli che sono scorretti, oppure li aiuto nella comprensione e nella gestione della terapia, quindi gli si spiega perché gli viene data una certa tipologia di farmaco e insistere nel farli continuare ad assumere la terapia, cercare di mediare le loro necessità con la necessità di seguire la terapia.</p>	<p>"Diamo un sostegno psicologico, perché sono dei pazienti dal punto di vista emotivo sono molto fragili e spesso basta poco per cedere, loro hanno un contatto diretto con noi e si riesce a riportare la calma."</p> <p>"Un coordinatore perché questi pazienti una volta che sono a casa hanno comunque bisogno di fare esami del sangue, visita di controllo e mettere in contatto sia loro che la famiglia con il MMG."</p> <p>"Un educatore perché si cerca di spiegare quello che possono o non possono mangiare, quali siano i comportamenti che devono adottare e quelli che sono scorretti, oppure li aiuto nella comprensione e nella gestione della terapia, quindi gli si spiega perché gli viene data una certa tipologia di farmaco e insistere nel farli continuare ad assumere la terapia, cercare di mediare le loro necessità con la necessità di seguire la terapia."</p>	<p>Sostenere il paziente</p> <p>Coordinare le necessità organizzative della patologia</p> <p>Educare in merito a farmaci e comportamenti da assumere.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>TERAPIA/STILE DI VITA</p>
---	--	--	---	--

<p>INF. 4</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI:30</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>I principali interventi sono correlati alla gestione della terapia, misurazione dei parametri, caviglie e pressione. Aiutarlo ad essere costante alle visite di controllo, ovviamente dipende se il paziente è agganciato al servizio di telemedicina dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco.</p>	<p>“I principali interventi sono correlate alla gestione della terapia”</p> <p>“Misurazione dei parametri, caviglie e pressione”</p> <p>“Aiutarlo ad essere costante alle visite di controllo”</p> <p>“Dipende se il paziente è agganciato al servizio di telemedicina dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco”</p>	<p>Gestire la terapia</p> <p>Rilevazione dei parametri</p> <p>Aiutare nella costanza delle visite di <i>follow-up</i></p> <p>Comunicare con servizio di telemedicina.</p>	<p>TERAPIA</p> <p>PARAMETRI VITALI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
<p>INF. 5</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 36</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 13</p>	<p>NON HA ESPERIENZE NEL PRATICO</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>
<p>INF. 6</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 31</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>Effettuare il monitoraggio, spiegare bene al paziente come monitorare i parametri e in che orario farlo. Gestione della terapia, come prenderla, gli orari, che sia ordinata, che il paziente non rimanga mai senza farmaci e quando stanno terminando la scatola di avvisare il MMG con 1-2 settimane di anticipo. Assicurarsi che il paziente o il <i>caregiver</i> abbia prenotato il controllo periodico.</p>	<p>”Effettuare il monitoraggio, spiegare bene al paziente come monitorare i parametri e in che orario farlo.”</p> <p>“Gestione della terapia.”</p>	<p>Monitorare i parametri vitali /educare sul perché è importante monitorarli</p> <p>Gestire la terapia</p>	<p>PARAMETRI VITALI</p> <p>TERAPIA</p>

<p>INF. 7</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 57</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 10</p>	<p>Noi siamo come una guida. Io ho in carico una paziente che nell'arco di 4 mesi è stata ricoverata in ospedale per 4, ogni volta che rientrava a domicilio la paziente non era in grado di autogestirsi la corposa terapia, composta da 12 compresse; quando ho fatto il primo accesso in casa e ho capito questa problematica ho preparato una scheda terapia chiara con lettere e numeri scritti con un carattere grande, in modo tale che la paziente fosse in grado di leggere, ho spiegato inoltre la funzionalità dei farmaci. Dopo un po' ho visto un miglioramento, la signora ha iniziato a prepararsi in autonomia la terapia correttamente.</p> <p>Monitoraggio della pressione arteriosa (nel primo periodo almeno due volte al giorno e successivamente una volta al giorno).</p> <p>Valutazione del peso, circonferenza della vita, edemi declivi.</p> <p>Spiego loro quali sono i primi sintomi di manifestazione di una riacutizzazione dello scompenso cardiaco e non appena se ne accorge dico che deve avvisare tempestivamente il medico.</p>	<p>"Noi siamo come una guida."</p> <p>"ho preparato una scheda terapia chiara"</p> <p>"Monitoraggio della pressione arteriosa"</p> <p>"Valutazione del peso, circonferenza della vita, edemi declivi."</p> <p>"Spiego loro quali sono i primi sintomi di manifestazione di una riacutizzazione dello scompenso cardiaco."</p>	<p>Guidare nel percorso.</p> <p>Attuare strategie per un'adeguata assunzione della terapia.</p> <p>Monitorare i parametri vitali</p> <p>Valutare i segni</p> <p>Educare su segni e sintomi</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>TERAPIA</p> <p>PARAMETRI VITALI</p> <p>SEGNI E SINTOMI</p> <p>SEGNI E SINTOMI</p>
---	--	---	--	--

DOMANDA 3: In quali ambiti della qualità di vita (es. salute fisica, stato emotivo, attività della vita quotidiana, attività sociali) gli interventi infermieristici messi in atto sono stati a suo avviso più efficaci?

Dati intervistati	Testo integrale dell'intervista	Unità di analisi	Etichetta	Categoria
<p>INF. 1</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 47</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 24</p>	<p>Un cardiopatico scompensato va verso la morte, quindi un cardiopatico scompensato che cresce di 15/20 Kg non riesce a stare steso per dormire, ovviamente i nostri interventi vertono in questi casi a migliorare la salute fisica.</p>	<p>"Questi casi a migliorare la salute fisica."</p>	<p>Migliorare la salute fisica</p>	<p>SALUTE FISICA</p>

<p>INF. 2</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 51</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 20</p>	<p>Tutti gli interventi sono stati efficaci nel momento in cui c'è stata la presenza di un <i>caregiver</i>, poiché il paziente da solo non è in grado di gestire gli input che gli vengono dati dal momento che vede il suo corpo cambiato, quindi quando posso fare affidamento su una persona ho visto che questi interventi possono andare a buon fine, diversamente ho visto che c'è un dispendio di forze per nulla.</p>	<p>” tutti gli interventi sono stati efficaci in presenza di un <i>caregiver</i>”</p>	<p>Coinvolgere il <i>caregiver</i></p>	
<p>INF. 3</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 56</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 28</p>	<p>A livello emotivo sono pazienti fragili, quindi molto spesso basta una telefonata o una visita per rincuorarli o farli desistere a fare una visita impropria al pronto soccorso. Anche dal punto di vista fisico ci sono dei miglioramenti qualora il paziente riesca a seguire la terapia. Mentre gli altri due aspetti sono più difficili da modificare, poiché si tratta di pazienti anziani e ad esempio se un paziente è un fumatore, difficilmente si riesce a farlo cambiare la sua abitudine, così come per il cibo. La figura del <i>caregiver</i> è fondamentale per avere una buona riuscita negli interventi.</p>	<p>”A livello emotivo sono pazienti fragili, quindi molto spesso basta una telefonata o una visita per rincuorarli”</p> <p>“La figura del <i>caregiver</i> è fondamentale per avere una buona riuscita negli interventi.”</p>	<p>Supportare con una telefonata o una visita</p> <p>Coinvolgere il <i>caregiver</i></p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>
<p>INF. 4</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI:30</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>Il lavoro dell’Infermiere di Famiglia ha due macro-obiettivi: il primo è quello di mettere in sicurezza il paziente, quindi possono orientarlo a modificare dei comportamenti che sono rischiosi per la vita; il secondo è definito dal paziente quindi è difficile per noi riuscire a fare dei cambiamenti che siano efficaci in maniera breve e trasversalmente dobbiamo prendere in considerazione tutte le aree</p>	<p>“mettere in sicurezza il paziente, quindi possono orientarlo a modificare dei comportamenti che sono rischiosi per la vita”</p>	<p>Modificare comportamenti rischiosi</p>	<p>STILE DI VITA</p>

	<p>indicate. Nel lavoro che faccio cerco di incrementarle tutte, do più importanza alla vita privata del paziente perché andando ad indagare quello che riesce o non riesce a fare si può vedere che cosa è da modificare, cioè quello che il paziente ritiene fondamentale da modificare. Il bisogno viene definito dal paziente.</p>	<p>“dobbiamo prendere in considerazione tutte le aree indicate”</p> <p>“do più importanza alla vita privata del paziente perché andando ad indagare quello che riesce o non riesce a fare si può vedere che cosa è da modificare.”</p>	<p>tutte le aree</p> <p>Indagare sulle volontà del paziente</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>
<p>INF. 5</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 36</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 13</p>	<p>Nel mio caso gli interventi che ho attuato si basavano sulla figura della moglie cercando di avere una sua collaborazione.</p> <p>Ho preparato una scheda con la terapia farmacologica.</p> <p>Ho educato la moglie a rimuovere tutti gli oggetti che facevano cadere in tentazione il paziente, cercando di limitare il suo modo alimentare scorretto: un intervento inefficace poiché il paziente li trovava e ne abusava.</p>	<p>”si basavano sulla figura della moglie cercando di avere una sua collaborazione.”</p> <p>“Ho preparato una scheda con la terapia “</p> <p>“Ho educato la moglie a rimuovere tutti gli oggetti che facevano cadere in tentazione il paziente, cercando di limitare il suo modo alimentare scorretto”</p>	<p>Coinvolgere il caregiver</p> <p>Attuare strategie per un'adeguata assunzione della terapia</p> <p>Educare sulla dieta</p>	<p>TERAPIA</p> <p>STILE DI VITA</p>
<p>INF. 6</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 31</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>Nel paziente giovane (età inferiore ai 75 anni)eliminare i fattori di rischio (fumo, alcool), moderare la dieta, interventi di tipo educativo.</p> <p>Nel paziente di età superiore a 80 anni fondamentale per me è l'assistenza, l'ambiente, la casa. È fondamentale la presenza del caregiver e che ci sia una assistenza adeguata sia della casa che del paziente.</p> <p>Consiglio ai familiari , se possibile economicamente, la presenza di una badante altrimenti di una donna delle pulizie.</p> <p>Io come infermiera credo nella salute dell'ambiente (accogliente, pulito, caldo, fresco).</p>	<p>”interventi di tipo educativo per eliminare i fattori di rischio e moderare la dieta.”</p> <p>“fondamentale per me è l'assistenza, l'ambiente, la casa.”</p> <p>“fondamentale la presenza del caregiver”</p> <p>“Consiglio ai familiari”</p>	<p>Educare fattori di rischio e dieta</p> <p>Assistere l'ambiente circostante</p> <p>Coinvolgere il caregiver</p> <p>Consigliare i familiari</p>	<p>STILE DI VITA</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>
<p>INF. 7</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 57</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 10</p>	<p>Gli interventi che ho messo in atto si sono rivelati efficaci nell'ambito della salute fisica, i pazienti iniziano a riprendersi in mano la loro vita. Anche dal punto di vista emotivo perché vedono che la terapia sta funzionando, che possono uscire, che possono man mano riprendere le loro attività quotidiane. Per i miei pazienti cerco sempre di trovare un</p>	<p>”Io per i miei pazienti cerco sempre di trovare un volontario, che li porti fuori, li aiuti a far la spesa oppure che passi un po' di tempo con loro, anche solo per una chiacchierata.”</p>	<p>Coinvolgere i volontari.</p>	

	volontario, che li porti fuori, li aiuti a far la spesa oppure che passi un po' di tempo con loro, anche solo per una chiacchierata.			
--	--	--	--	--

*IMPORTANZA DEL CAREGIVER O DI PERSONE DI SUPPORTO: esula dalla domanda esposta, ma è un indicatore importante per la riuscita degli interventi messi in atto.

DOMANDA 4: Secondo la sua esperienza, quali sono state le sfide principali che ha affrontato nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco?

Età, genere, anni di esperienza	Testo	Unità di analisi	Etichetta	Categoria
INF. 1 SESSO: M ANNI: 47 ANNI DI ESPERIENZA: 24	Creare un rapporto di fiducia con il paziente, in quanto infermieri di famiglia abbiamo la possibilità di entrare in casa e creare un legame con le persone, le quali devono avere fiducia su di noi, quello che è il nostro obiettivo è suggerire, stare vicino alle persone che hanno bisogno. Il nostro lavoro è di tipo proattivo, quindi ci attiviamo in modo da poter tenere le persone in salute, così da far mantenere il paziente cardiopatico compensato, e questo fa sì che i ricoveri per lo scompenso cardiaco diminuiscano.	<p>”Creare un rapporto di fiducia con il paziente.”</p> <p>“Il nostro obiettivo è suggerire, stare vicino alle persone che hanno bisogno.”</p> <p>“Il nostro lavoro è di tipo proattivo, quindi ci attiviamo in modo da poter tenere le persone in salute, così da far mantenere il paziente cardiopatico compensato.”</p>	<p>Creare un rapporto di fiducia con il paziente.</p> <p>Suggerire e stare vicino ai pazienti.</p> <p>Lavorare proattivamente.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>
INF. 2 SESSO: M ANNI: 51 ANNI DI ESPERIENZA: 20	Mettere in collegamento tutti e tre gli attori dello scompenso che sono paziente, ospedale e MMG	“Mettere in collegamento tutti e tre gli attori dello scompenso che sono paziente, ospedale e MMG.”	Collegare paziente, ospedale e MMG.	COMUNICAZIONE TRA SERVIZI

<p>INF. 3</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 56</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 28</p>	<p>La sfida principale che ho affrontato è stata la resilienza, perché a volte puoi passare anche settimane intere che ti sembra di parlare a vuoto, ripeti le cose come un mantra, ma noti che i comportamenti non cambiano, poi ad un tratto dal nulla iniziano a misurarsi la pressione in autonomia, iniziano ad essere più attenti nell'assunzione della terapia.</p> <p>A volte mi confronto con i miei colleghi perché siamo un po' scoraggiati perché sembra che il nostro messaggio non passi, però poi in un certo momento, nella costanza, qualcosa riesci a portare a casa e ottenere miglioramenti.</p>	<p>“la resilienza, perché a volte puoi passare anche settimane intere che ti sembra di parlare a vuoto.”</p> <p>“Nella costanza, qualcosa riesci a portare a casa e ottenere miglioramenti.”</p>	<p>Essere resilienti.</p> <p>Essere costanti.</p>	<p>STATO EMOTIVO</p> <p>STATO EMOTIVO</p>
<p>INF. 4</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI:30</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>La sfida principale è stata quella di far emergere quale sia il loro obiettivo.</p> <p>Inoltre un'altra sfida importante è quella di creare una comunicazione efficace tra ospedale e territorio, perché solitamente un paziente scompensato è un paziente che ha fatto molti ricoveri e quindi è conosciuto dalla cardiologia.</p>	<p>“La sfida principale è stata quella di far emergere quale sia il loro obiettivo.”</p> <p>“un'altra sfida importante è quella di creare una comunicazione efficace tra ospedale e territorio.”</p>	<p>Far emergere l'obiettivo.</p> <p>Creare comunicazione tra ospedale e territorio.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
<p>INF. 5</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 36</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 13</p>	<p>La sfida principale che ho riscontrato è certamente il cambiamento dello stile di vita e della gestione della terapia farmacologica, perché se hai un paziente anziano è sempre difficile gestire queste problematiche ma soprattutto cambiare quello che è il loro stile di vita.</p>	<p>“La sfida principale che ho riscontrato è certamente il cambiamento dello stile di vita.”</p> <p>“gestione della terapia farmacologica”</p>	<p>Modificare lo stile di vita scorretto.</p> <p>Gestire la terapia.</p>	<p>STILE DI VITA</p> <p>TERAPIA</p>
<p>INF. 6</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 31</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>La principale sfida è quella di far accettare al paziente anziano l'aiuto, perché tante volte rifiutano l'aiuto domestico perché credono di potercela fare in autonomia, anche in condizioni inaccettabili.</p> <p>Un'altra sfida principale è la gestione della terapia, poiché molte volte è necessario rimuovere una loro convinzione di indipendenza che con l'età è venuta meno e loro non si rendono conto di questo e far accettare loro che questa cosa venga fatta da terzi è</p>	<p>“La principale sfida è quella di far accettare al paziente anziano l'aiuto.”</p> <p>“Un'altra sfida principale è la gestione della terapia, poiché molte volte è necessario rimuovere una loro convinzione di indipendenza che con l'età è venuta meno e loro non si rendono conto di questo</p>	<p>Far accettare l'aiuto.</p> <p>Gestire la terapia/ Rimuovere i fattori di rischio.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p> <p>TERAPIA/STILE DI VITA</p>

	<p>difficile.</p> <p>Invece per quanto riguarda i giovani invece la sfida principale verte nel modificare il loro attaccamento alle abitudini. Tante volte il colloquio in cui si forniscono strategie non basta, ma è necessaria una forte spinta motivazionale, è proprio per questo è difficile poiché ad esempio eliminare l'abitudine del fumo è difficile da eliminare.</p> <p>Spesso il paziente con scompenso giovane si trascura perché fatica a prendersi cura di sé stesso, in questo caso il lavoro è un po' più delicato e i tempi si dilatano, gli obiettivi si raggiungono a piccoli passi fino a riuscire a cambiare l'abitudine.</p>	<p>e far accettare loro che questa cosa venga fatta da terzi è difficile.”</p> <p>“La sfida principale verte nel modificare il loro attaccamento alle abitudini. Tante volte il colloquio in cui si forniscono strategie non basta, ma è necessaria una forte spinta motivazionale.”</p>	<p>Modificare lo stile di vita scorretto.</p>	<p>STILE DI VITA</p>
<p>INF. 7</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 57</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 10</p>	<p>La sfida principale è quella di ottenere la fiducia nella figura dell'Infermiere di Famiglia, dimostrandogli che se segue quello che noi consigliamo si limitano gli ingressi in ospedale.</p>	<p>“La sfida principale è quella di ottenere la fiducia nella figura dell'Infermiere di Famiglia.”</p>	<p>Ottenere fiducia.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>

DOMANDA 5: Secondo lei è possibile attuare dei miglioramenti dal punto di vista organizzativo per ottimizzare il coordinamento delle cure tra Infermiere di Famiglia, il cardiologo e altri professionisti sanitari e garantire una gestione integrata e completa del paziente con patologia cronica?

Età, genere, anni di esperienza	Testo	Unità di analisi	Etichetta	Categoria
<p>INF. 1</p> <p>SESSO: M</p> <p>ANNI: 47</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 24</p>	<p>Si, dotare il personale infermieristico di strumenti utili ad esempio una cardiolina portatile, creare delle comunicazioni con il servizio di cardiologia ad esempio un portale in cui si invia in maniera telematica ECG.</p> <p>Avere un filo diretto con l'ambulatorio dello scompenso oppure il cardiologo di riferimento affinché si possano inviare delle segnalazioni. Molte</p>	<p>“dotare il personale infermieristico di strumenti utili ad esempio una cardiolina portatile”</p> <p>“Avere un filo diretto con l'ambulatorio dello scompenso oppure il cardiologo di</p>	<p>Fornire i device agli infermieri.</p> <p>Creare collegamento con</p>	<p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p> <p>AMBULATORIO DELLO</p>

	<p>volte noi suggeriamo al paziente di contattare il cardiologo privato oppure noi contattiamo il MMG. Mancano dei presidi per la rilevazione dei parametri vitali ma soprattutto la comunicazione diretta tra territorio e ospedale.</p>	<p>riferimento.”</p>	<p>ambulatorio dello scompenso cardiaco.</p>	<p>SCOMPENSO CARDIACO</p>
<p>INF. 2 SESSO: M ANNI: 51 ANNI DI ESPERIENZA: 20</p>	<p>Incrementare il campo della telemedicina, mancanza di presidi per gli infermieri di famiglia ad esempio il dispositivo Checkme Pro che consente di rilevare la traccia elettrocardiografica attraverso il dito e che poi ci fosse come per il PPI del Lido o P.le Roma ci fosse la possibilità di trasmettere l'ECG a Mestre o Venezia è una refertazione da parte del cardiologo, avremmo sicuramente una risposta più alta. Il paziente con lo scompenso dovrebbe essere più seguito, però dovrebbero esserci più figure impiegate in questo. L'ambulatorio dello scompenso rischia di essere una cosa che si fa sulla carta ma effettivamente poi lo si fa per pochi eletti, questo non va bene perché se si tratta di sistema sanitario nazionale tutte le opportunità si devono garantire a tutta la popolazione.</p>	<p>“Incrementare il campo della telemedicina.”</p> <p>“Mancanza di presidi per gli infermieri di famiglia ad esempio il dispositivo Checkme Pro”</p> <p>“L'ambulatorio dello scompenso rischia di essere una cosa che si fa sulla carta ma effettivamente poi lo si fa per pochi eletti, questo non va bene perché se si tratta di sistema sanitario nazionale tutte le opportunità si devono garantire a tutta la popolazione.”</p>	<p>Incrementare il campo della telemedicina.</p> <p>Fornire i device agli infermieri.</p> <p>Ampliare l'ambulatorio dello scompenso cardiaco a tutti.</p>	<p>AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO CARDIACO</p> <p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p> <p>AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO CARDIACO</p>
<p>INF. 3 SESSO: M ANNI: 56 ANNI DI ESPERIENZA: 28</p>	<p>Noi abbiamo già avviato una sorta di collaborazione, siamo ancora nella fase embrionale. In ogni caso abbiamo degli agganci e telefoniamo al servizio di cardiologia ambulatoriale. A volte riusciamo ad avere un canale preferenziale per delle risposte a dei problemi insorti di recente in modo tale che possano aiutarci nella gestione del paziente. L'ambulatorio dello scompenso viene erogato ad un numero limitato di persone, uno dei miglioramenti potrebbe essere che la telemedicina fosse espansa a tutti i pazienti in quanto servizio sanitario nazionale.</p>	<p>“L'ambulatorio dello scompenso viene erogato ad un numero limitato di persone, uno dei miglioramenti potrebbe essere che la telemedicina fosse espansa a tutti i pazienti in quanto servizio sanitario nazionale.”</p>	<p>Ampliare l'ambulatorio dello scompenso cardiaco a tutti.</p>	<p>AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO CARDIACO</p>
<p>INF. 4 SESSO: F</p>	<p>È necessario creare dei canali comunicativi diretti tra ospedale e territorio. Un altro miglioramento potrebbe essere la presenza di un sistema informatico che ci possa mettere in</p>	<p>“È necessario creare dei canali comunicativi diretti tra ospedale e territorio.”</p>	<p>Incrementare la comunicazione tra ospedale e territorio.</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>

<p>ANNI:30</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>contatto con la cardiologia. Ad esempio un sistema che mi dia la possibilità di vedere che cosa ha fatto nella visita cardiologica e di conseguenza so che cosa mi devo aspettare nella visita domiciliare e viceversa.</p>	<p>“Presenza di un sistema informatico che ci possa mettere in contatto con la cardiologia.”</p>	<p>Avere la disponibilità di un sistema informatico di tracciamento.</p>	<p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p>
<p>INF. 5</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 36</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 13</p>	<p>Io ho avuto un’ottima esperienza con l’ambulatorio dello scompenso cardiaco erogato dall’Ospedale Civile di Venezia, perché sono stati loro che mi hanno contattata e mi hanno dato l’appuntamento per la visita cardiologica.</p> <p>Di sicuro, secondo me, il problema verte a livello ospedaliero, cioè c’è una poca comunicazione tra ospedale e territorio.</p> <p>Mancano i device a livello territoriale.</p>	<p>“Il problema verte a livello ospedaliero, cioè c’è una poca comunicazione tra ospedale e territorio.”</p> <p>“Mancano i device a livello territoriale.”</p>	<p>Incrementare la comunicazione tra ospedale e territorio.</p> <p>Fornire i device agli infermieri.</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p> <p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p>
<p>INF. 6</p> <p>SESSO: F</p> <p>ANNI: 31</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 7</p>	<p>Si, in azienda è partito il progetto della telemedicina che potrebbe essere uno strumento molto utile che va a certificare tutte le telefonate, le richieste di informazioni che possiamo fare anche noi al medico specialista, che tante volte non è possibile perché c’è un problema di tempistiche, di attività che non sono segnalate, perché il medico alle volte mi fornisce delle prescrizioni per via telefonica, che non sarebbe legale.</p> <p>Invece con l’introduzione della telemedicina spero che vada ad incrementare un canale preferenziale per la comunicazione tra ospedale e territorio.</p> <p>Magari sarebbe utile fissare delle giornate in cui vi sia il cardiologo reperibile per la telemedicina.</p> <p>Un miglioramento che potrebbe essere fatto è fornire all’Infermiere di Famiglia la valigetta disposta dall’ambulatorio dello scompenso in modo tale che durante la visita domiciliare possiamo rilevare i parametri e trasmetterli all’ambulatorio dello scompenso.</p>	<p>“Con l’introduzione della telemedicina spero che vada ad incrementare un canale preferenziale per la comunicazione tra ospedale e territorio.”</p> <p>“Sarebbe utile fissare delle giornate in cui vi sia il cardiologo reperibile per la telemedicina.”</p> <p>“Fornire all’Infermiere di Famiglia la valigetta disposta dall’ambulatorio dello scompenso in modo tale che durante la visita domiciliare possiamo rilevare i parametri e trasmetterli all’ambulatorio dello scompenso.”</p>	<p>Incrementare la comunicazione tra ospedale e territorio.</p> <p>Calendarizzare giornate per avere un contatto diretto.</p> <p>Fornire i device agli infermieri.</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p> <p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p> <p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p>
<p>INF. 7</p> <p>SESSO: F</p>	<p>Secondo me la figura dell’Infermiere di Famiglia è poco conosciuta e i medici ignorano la presenza di questa figura.</p>	<p>“La figura dell’Infermiere di Famiglia è poco conosciuta e i medici ignorano la presenza di questa figura.”</p>	<p>Incrementare la conoscenza della figura dell’Infermiere di Famiglia.</p>	<p>COMPETENZE TRASVERSALI</p>

<p>ANNI: 57</p> <p>ANNI DI ESPERIENZA: 10</p>	<p>Quindi è necessaria una presentazione della nostra figura a livello ospedaliero. La comunicazione tra ospedale e territorio è scarsa. Credo che se fossimo coinvolti nella comunicazione tra ospedale e territorio potremmo essere l'anello mancante.</p>	<p>“La comunicazione tra ospedale e territorio è scarsa.”</p>	<p>Incrementare la comunicazione tra ospedale e territorio.</p>	<p>COMUNICAZIONE TRA SERVIZI</p>
---	--	---	---	----------------------------------