



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea In Infermieristica sede di Mestre

TESI DI LAUREA

ASSISTENZA INFERMIERISTICA 2.0
Il telenursing per garantire la continuità assistenziale al paziente con
scompenso cardiaco

Relatore: Dott.ssa Maria Cristina Rosa
Correlatore: Dott.ssa Maria Gabriella Procacci

Laureanda: Bugin Letizia
Matricola: n° 2047732

Anno Accademico: 2023/2024

ABSTRACT

Lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni, e questo è considerato un problema di grande rilievo per la salute pubblica nonché dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale. A soffrire di scompenso cardiaco in Italia, sono circa 600.000 persone, e si è stimato che la sua prevalenza raddoppia ogni decade d'età. Infatti, dopo i 65 anni le persone affette da scompenso sono quasi il 10% (questi dati fanno fronte all'invecchiamento della popolazione italiana). Bisogna ricordare che lo scompenso cardiaco, è una patologia cronica, i quali sintomi possono portare ad un discomfort importante della persona che ne soffre. Per questo motivo è utile incrementare strategie che possano tenere sotto controllo la malattia, promuovendo la continuità assistenziale, il fenomeno dell'autocura favorendo così un miglioramento della qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. Ricordiamo inoltre che ad oggi lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero negli ultrasessantacinquenni, pertanto il contenimento della sintomatologia dello scompenso cardiaco, porterà alla riduzione dei ricoveri ospedalieri, dei costi e dell'impatto di questa patologia sulla sanità pubblica.

In base a tali premesse lo studio effettuato, basatosi sul progetto P.E.S.C.A (Post ricovero dopo Episodio di Scompenso Cardiaco Acuto), ha come obiettivi il verificare se il telenursing può essere una metodica efficace per la gestione del paziente scompensato a domicilio, se questi interventi migliorano la compliance del paziente rispetto alla gestione della propria patologia di scompenso, se viene promossa l'autocura e quanto grazie alla continuità assistenziale può migliorare la qualità di vita dei pazienti. Gli strumenti utilizzati per tale studio sono un opuscolo informativo sullo scompenso cardiaco, le interviste semi strutturate per condurre la televisita settimanale, l'utilizzo del questionario KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), somministrato nel pre dimissione e al termine del percorso, ed infine il questionario di gradimento. Dai risultati dello studio è emerso che i pazienti hanno avuto un miglioramento in tutti gli item indagati dal questionario KCCQ. Il campione oggetto di studio, al termine del percorso di continuità assistenziale, ha avuto dei miglioramenti sia a livello sintomatologico sia in termini di qualità di vita, ha ottenuto maggiore consapevolezza e gestione della propria patologia, di fatto si è instaurato il processo dell'autocura basato sull'educazione.

I pazienti hanno espresso gradimento anche rispetto al supporto ricevuto a domicilio con l'utilizzo della telemedicina.

La telemedicina è risultata una metodica efficace per entrare in contatto con i pazienti direttamente dal domicilio. Per il futuro è auspicabile che vi sia sempre più investimento di risorse efficaci ed efficienti nella sanità territoriale, che anche le strutture ospedaliere inizino già il percorso di educazione al paziente e ai caregiver nel pre dimissione, in modo tale che la continuità assistenziale tra struttura ospedaliera e il territorio sia mantenuta.

Parole chiavi: scompenso cardiaco, telemedicina, telenursing, continuità assistenziale, autocura.

ABSTRACT

Heart failure represents the leading cause of hospitalization in people over sixty-five years old, and it's considered a problem of great importance for public health as well as costs for the National Health System.

Approximately 600,000 people suffer from heart failure in Italy and it has been estimated that this its prevalence doubles every decade of age; in fact, after the age of 65, almost 10% of people suffer from heart failure (this data reflects the Italian population).

It must be remembered that heart failure is a chronic pathology whose symptoms can lead to significant discomfort for the person suffering from it; for this reason it is useful to increase strategies that can keep the disease under control, promoting continuity of care, the phenomenon of self-care and improving the quality of patient's life affected by it.

We would also like to remind you that thanks to these datas, heart failure represents the leading cause of hospitalization in those aged over sixty-five, so with the containment of symptoms of heart failure, hospital admissions, cost the impact of this pathology on public health will be lower.

Based on these facts, the study carried out, based on P.E.S.C.A project, has the objectives of verifying whether tele nursing can be an effective method for the management of decompensated patients at home, whether these interventions improve the patient's compliance with their pathology of decompensation, whether self-care is promoted and how much the patients' quality of life can be improved thanks to continuity of care.

The tools used for this study are an information booklet on heart failure, semi-structured interviews to conduct the weekly televist, based on the KCCQ questionnaire (administered before discharge and at the end of the project) and finally the satisfaction questionnaire.

The results of the study showed that patients had an improvement in all items investigated by the KCCQ questionnaire.

It is therefore clear that the sample under study, at the end of the care continuity process, had improvements both in terms of symptoms and in their quality of life, they achieved greater awareness and management of their pathologies, therefore the process of education based to self-care.

Telemedicine has been proved to be an effective method for contacting patients directly from home. We can then hope that there will be an ever-increasing investment of effective and efficient resources in local healthcare and we hope that hospitals begin the process of educating patients and caregivers, before discharge in such a way that continuity care between facility and territory is maintained and then continued at home.

Key words: Heart failure, telemedicine, telenursing, continuity of care and self-care

INDICE

CAPITOLO 1 – Introduzione	Pag. 3
CAPITOLO 2 – Quadro Teorico	Pag. 4
2.1 - L'invecchiamento della popolazione	Pag. 4
2.2 - La continuità assistenziale	Pag. 4
2.3 - Le prospettive future nel percorso post-dimissione	Pag. 6
2.4 - La telemedicina	Pag. 7
2.5- L'impatto epidemiologico e prognostico del paziente con scompenso cardiaco	Pag. 8
CAPITOLO 3 – Obiettivi dello studio	Pag. 10
CAPITOLO 4 – Materiali e metodi	Pag. 11
4.1 Disegno dello studio	Pag. 11
4.2 Campione e setting	Pag. 11
4.3 Strumenti	Pag. 11
4.4 Modalità di conduzione dello studio	Pag. 11
CAPITOLO 5 – Risultati della ricerca	Pag. 13
CAPITOLO 6 – Discussione e conclusioni	Pag. 23
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	
1. Opuscolo informativo	
2. Intervista semistrutturata	
3. Questionario KCCQ	
4. Questionario di gradimento	
GRAFICI	

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

La popolazione italiana, ma anche mondiale, negli ultimi decenni presenta un quadro decisamente in evoluzione, la fascia anziana è sempre più in aumento, ma soprattutto vi sono anziani fragili e pluripatologici, in cui la patologia cronica è radicata. In seguito ad analisi statistiche eseguite dall'Istituto Nazionale di Statistica si è potuto constatare che l'Italia è la prima Nazione in Europa e la seconda al mondo dopo il Giappone ad avere il tasso più alto di anziani all'interno della popolazione. Nello specifico nel 2024 si registra il 23% di anziani al di sopra dei 65 anni, mentre nel 2020 ve ne era un 21%, un aumento di 2 punti percentuali nell'arco di 4 anni. Nel 2001 invece, tale tasso era del 16%, un aumento di 5 punti percentuali in un periodo di tempo di 19 anni (Istat, 2024). Questo porta ad una ingravescente richiesta di impiego assistenziale ed economico da parte del Sistema Sanitario Nazionale, il quale si trova a rispondere a tale problematica in una fase di risorse sanitarie limitate e scarsità economiche (Del Prato et al. 2023). Lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni, e questo è considerato un problema di grande rilievo per la salute pubblica, nonché dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2024). A soffrire di scompenso cardiaco in Italia sono circa 600.000 persone; si è stimato che la sua prevalenza raddoppia ogni decade d'età; infatti, dopo i 65 anni le persone affette da scompenso sono quasi il 10% (questi dati fanno fronte all'invecchiamento della popolazione italiana). Lo scompenso cardiaco è una patologia cronica invalidante, i quali sintomi possono portare ad un discomfort importante della persona che ne soffre (Gavazzi et al.2013), e alti costi a livello Sanitario per ricorrenti accessi ospedalieri, ricoveri ed impiego di risorse. Risulta dunque fondamentale trovare una strategia che permetta al paziente di ricevere continuità assistenziale e medica nella gestione di tale patologia. Ma non solo, si deve anche promuovere il fenomeno dell'autocura, in modo tale che il paziente possa maturare in sé la consapevolezza della patologia da cui è affetto e che possa avere degli strumenti tali per gestirla (per quanto gli può competere). Il contenimento della sintomatologia dello scompenso cardiaco migliora il comfort del paziente, la propria qualità di vita e questo porta ad un minor numero di accessi e ricoveri ospedalieri, minori costi e l'impatto di tale patologia nella sanità pubblica (Chon Abramo et al,2023). A questo proposito è stato implementato in Medicina Interna a Mestre, uno studio, P.E.S.C.A. (Post ricovero dopo un Episodio di Scompenso Cardiaco Acuto) che vuole indagare l'efficacia della costruzione di un percorso di presa in carico del paziente scompensato, con l'uso della telemedicina, nei 30 giorni di Post Ricovero dei pazienti ricoverati. Tale studio si basa sull'utilizzo del KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), la valutazione dell'aderenza terapeutica, la raccolta di parametri clinici, laboratoristici e strumentali sia durante la degenza che nel post ricovero, per vedere quali possono essere le possibili correlazioni tra tali dati e gli esiti clinici assistenziali. Nello specifico si indaga se il paziente al termine del ricovero e nei mesi successivi va incontro a decesso, a ricoveri ospedalieri e a accessi in pronto soccorso. L'elaborato di tesi, aveva come focus l'osservazione, e la successiva verifica, dell'efficacia dell'approccio in telemedicina nel paziente con scompenso cardiaco dimesso a domicilio, la promozione dell'autocura grazie alla continuità assistenziale ed infine la valutazione (attraverso il questionario KCCQ) di un possibile miglioramento della compliance e della qualità di vita del paziente preso in carico.

CAPITOLO 2 – QUADRO TEORICO

2.1 - L'invecchiamento della popolazione

Il quadro della popolazione italiana, ma anche mondiale, è radicalmente cambiato (Del Prato et al. 2023); vi è un significativo cambiamento demografico che sta determinando un invecchiamento della popolazione (Istat, 2023). I dati pubblicati dall'Istituto Nazionale di Statistica mostrano come il processo di invecchiamento sia eterogeneo nel territorio. Le aree interne, ovvero quelle più distanti dai servizi essenziali (scuole, trasporti ed ospedali), stanno subendo un declino nella quota di popolazione ed un progressivo invecchiamento che porterà ad un agglomerato di fragilità già presente per altri motivi in questi territori. Di pari passo nelle aree interne si osserva anche un calo demografico maggiore rispetto alle zone centrali. In generale si può affermare che nel 2023, nel territorio italiano, la speranza di vita alla nascita risulta essere di 83,1 anni (6 mesi in più rispetto al 2022) (Istat, 2023). Alcuni indicatori statistici dimostrano che la popolazione sta invecchiando, essi sono: l'indice di dipendenza degli anziani, che è a quota 57,5 (è il rapporto dato al 1° gennaio tra la popolazione non attiva in fascia 0-14 anni e dai 65 anni e oltre sulla popolazione lavorativa) e l'età media che invece risulta essere di 83,1 anni. Ma non solo, stando all'evoluzione della popolazione dell'Unione Europea si può osservare che nel 2020 il 21% della popolazione aveva più di 65 anni, mentre nel 2001 vi erano 5 punti percentuali in meno. Ad oggi questa porzione di popolazione corrisponde al 23% (Istat, 2023). Osservando la popolazione italiana ultraottantenne, si può affermare che è nettamente in aumento: nel 2001 corrispondeva al 4.2%, nel 2012 al 6.2% mentre nel 2020 7.4%. L'invecchiamento sempre più marcato è dovuto all'allungamento della durata della vita media, grazie alle migliori condizioni igieniche e ai grandi passi in avanti della medicina moderna (Istat, 2023). Se questi due fattori sopra indicati sono nota di merito del Paese attuale, non bisogna dimenticare che questa modesta fascia di popolazione anziana fa aumentare i costi all'interno del Sistema Sanitario, perché vi è una grande domanda di cure e di assistenza. Ad oggi il Sistema Sanitario Nazionale risulta essere più fragile, rispetto agli anni passati, per via delle risorse ospedaliere limitate (Busatta, 2023). È per questo che risulta opportuno generare percorsi di valutazione dei bisogni di salute della popolazione, ma non solo, bisogna focalizzare gli obiettivi sulla continuità assistenziale, mediante delle strategie innovative (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024), che possano permettere di realizzare reti assistenziali efficaci, efficienti e sostenibili (Veronese et al.; 2021).

2.2 – La continuità assistenziale

La dimissione del paziente conclude il periodo della degenza: cura, assistenza e diagnosi per aprirne un altro nel quale il paziente verrà preso in carico da altre strutture e servizi, se ve ne è la necessità. È un momento critico del ricovero, perché vi è un passaggio del paziente tra i vari servizi nei quali potrebbero crearsi delle falle (Saiani et al. 2013) proprio perché vi sono delle modifiche dei regimi di cura, in cui cambiano i contesti, gli operatori sanitari e la tipologia di interventi (Marcadelli et al.; 2008). In questo momento storico, nel quale la popolazione sta invecchiando, le dimissioni riguardano sempre di più anziani fragili e pluripatologici; ecco perché è importante una dimissione adeguata alla tipologia di paziente. In tal modo il

passaggio tra struttura ospedaliera, residenziale o territorio non appare sconnesso e vi è maggior continuità rispetto ai bisogni e al percorso più consono per l'assistito. Nello specifico, il piano di dimissioni è un percorso che viene attivato quando il paziente è ricoverato, e che può risolversi con interventi educativi volti a rendere indipendente il paziente, o sempre più spesso, per i motivi sopra citati, la dimissione prevede la presa in carico da altri servizi o professionisti: un approccio multidisciplinare. È proprio in tal caso che è fondamentale parlare di continuità assistenziale. La continuità assistenziale è l'elemento cardine che permette e garantisce percorsi clinici efficaci ed efficienti. Se essa è garantita, è possibile abbattere gli accessi in pronto soccorso per patologie croniche gestibili a domicilio o in altre strutture territoriali, inoltre è possibile permettere al paziente di ottenere tutte le cure e l'assistenza necessaria per la sua patologia, attivando le reti dei servizi territoriali già precocemente durante la degenza in ospedale, e investendo fin da subito sull'individuazione del caregiver e sull'educazione. In tal modo il paziente potrà ricevere, una volta dimesso, fin da subito, tutta l'assistenza necessaria rispetto al suo stato di salute e ai suoi bisogni (Gonçalves-Bradley et al. 2022). La finalità della continuità assistenziale è volta alla stabilizzazione della patologia e al miglioramento della qualità di vita del paziente; tutto ciò è reso possibile dall'integrazione tra l'esperienza, lo stile di vita del paziente, l'erogazione dei servizi ed i processi attivati per far sì che esso sia preso in carico al meglio (Coffley et al. 2019). Per fare tutto ciò bisogna concentrarsi sulle informazioni erogate dall'unità che dimette il paziente, infatti l'informazione è il filo che collega l'assistenza da un professionista all'altro, molto spesso le informazioni documentate sono per lo più mediche e invece vengono trascurate tutte quelle informazioni fondamentali sulla vita del paziente, sui suoi bisogni assistenziali, sulle diagnosi infermieristiche e gli obiettivi raggiunti; in questo modo si avrebbe una panoramica generale sul profilo del paziente, e sarebbe molto più facile per il professionista che prende in carico il paziente nel post-ricovero continuare il suo percorso di assistenza. In Irlanda, nel 2020, è stato condotto uno studio qualitativo sugli infermieri che ha dimostrato l'importanza dei dati raccolti nella cartella infermieristica e la successiva lettera di dimissione infermieristica al momento della fine del ricovero, in tal modo non vi era solo la prescrizione medica ma anche infermieristica rispetto ad obiettivi assistenziali e bisogni del paziente. Tutto ciò ha portato ad un miglioramento della qualità dell'assistenza, maggiore soddisfazione da parte dei pazienti e continuità di cura tra degenza e territorio (Wilson et al. 2021). Per rendere il processo di dimissione organizzato e completo come sopra citato, è fondamentale la presa in carico da parte dei servizi territoriali nel post dimissione. Infatti la dimissione pianificata è un processo che si potrebbe dividere in 5 fasi: realizzare un accertamento mirato del paziente valutando le sue esigenze, identificare se è a rischio di dimissione difficile, elaborare un piano personalizzato di dimissione (includendo anche la famiglia), prendere in carico i problemi attivi cercando di progettare interventi mirati alla loro risoluzione ed assicurando un follow-up, che potrebbe avvenire anche in varie modalità: telefonico, visite domiciliari etc.. (Pacho et al. 2018). Anche nella nostra Regione si dà importanza a tale tema, infatti vi è il Decreto n.31 della Regione Veneto che ha lo scopo di identificare e segnalare in tempi e modalità adeguate la persona a rischio di dimissione difficile, ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti per falle organizzative del sistema ed adeguare le dimissioni in base alle necessità della

famiglia e del paziente così da essere finalizzata e su misura, attivando tutte le reti territoriali di cui essi possono averne bisogno (Decreto Regionale 31 del 3/04/2023).

2.3 - Le prospettive future nel percorso post-dimissione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è un documento di programmazione sanitaria che fornisce delle linee di indirizzo sulle prospettive future dei progetti in vari ambiti. La linea di indirizzo riguardante la salute italiana viene denominata missione 6, nella quale si prospetta un necessario cambiamento rispetto all'approccio alla cronicità e nella gestione dei percorsi di cura dei pazienti. (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024), integrando e favorendo la pratica della telemedicina, metodica in cui il paziente riceve le prestazioni mediche ed infermieristiche direttamente da remoto, senza doversi recare in Ospedale. In particolare la missione Salute ha lo scopo di adeguare il nostro SSN al continuo mutamento epidemiologico e demografico, garantendo uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni della popolazione, rendendo la rete territoriale abbastanza solida e capillare per poter soddisfare il fabbisogno della popolazione molto spesso lasciato scoperto al momento della dimissione in territorio e per sfruttare appieno le opportunità che oggi le varie metodiche tecnologiche ci offrono in modo tale da migliorare l'offerta di salute e la valorizzare il personale e in generale il SSN (Ministero della Salute, 2024). La strategia del PNRR è quella di promuovere la telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali; infatti già entro il 2025, la nazione si è posta come obiettivo l'incremento del Fascicolo Elettronico nel quale il cittadino e i medici potranno accedere in toto alla storia clinica del paziente (Ministero della Salute, 2024). Questo prospetta una profonda rivisitazione dell'approccio alla cronicità e al percorso di cura del paziente, nel nostro Paese; un passaggio concettuale tra i vari setting di cura, tra ospedale e territorio (Busatta, 2023). Ma sebbene questa ormai sia certezza, bisogna anche fare i conti con quelli che sono stati i punti di forza e di debolezza del nostro SSN; da un lato vi sono stati buoni esiti sanitari, anche in corso della pandemia da Covid-19 (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024), dall'altra tale periodo storico ha portato alla luce degli aspetti organizzativi critici, antichi limiti del sistema e criticità. (Istituto Superiore di Sanità, 2023). Ma non solo, pensando agli anni futuri, codesti aspetti di natura strutturale/organizzativa, delle aziende operanti nel settore Sanitario potrebbero peggiorare con l'aumentare delle richieste di cure derivanti dalle tendenze epidemiologiche, demografiche e sociali che interessano il nostro Paese (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024). Tutto ciò è possibile attraverso lo sfruttamento delle tecnologie più avanzate, che possano tenere al meglio in contatto i pazienti con i professionisti (Agenzia italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere Fiaso, 2024). I servizi digitali offerti permettono ai cittadini di essere al centro del loro percorso di cure, e sono accessibili e inclusivi per tutti coloro i quali ne hanno bisogno (Ministero della Salute, 2024); inoltre contribuirebbero a ridurre gli attuali divari territoriali e geografici grazie all'armonizzazione delle cure, ma non solo grazie a tali servizi si riesce a garantire agli assistiti migliore "esperienza di cura" (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024). I progetti di telemedicina potranno riguardare i più svariati setting assistenziali, e promuovere lo svolgimento di diverse attività da remoto in base alle necessità del paziente: tele-assistenza, tele-monitoraggio e tele-refertazione (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, 2024). Inoltre, migliorando il

processo di assistenza del paziente con patologia cronica, si riesce a ridurre le ospedalizzazioni, le lunghe liste di attesa e tutti i costi economici che derivano da codesti fattori (Ministero della Salute, 2024).

2.4- La telemedicina

La telemedicina è un approccio clinico tecnologico che si sta sviluppando di gran lunga negli ultimi decenni soprattutto per quanto riguarda l'ambito cardiologico. La regione Veneto (L.R. n. 48/2019) riconosce l'importanza dell'inserimento della telemedicina come metodica di rafforzamento dell'assistenza nell'ambito territoriale, contribuendo ad assicurare l'equità di accesso alle cure, migliorando la qualità di vita e l'inclusione dei pazienti (Decreto della Giunta Regionale n 755 del 27/06/2023). Integrare, alla pratica clinica, la telemedicina ed il rispettivo tele-monitoraggio porta ad un miglioramento nell'efficienza e nell'efficacia della presa in carico, che ricevono i pazienti con patologia cronica, una volta che vengono reinseriti nel territorio in seguito all'ospedalizzazione in ambiente di cura protetto (Sokolski et al. 2023). Un'efficiente presa in carico territoriale a livello assistenziale e clinico, dunque sia nella sfera infermieristica che in quella medica, porta a minori ospedalizzazioni e dunque anche a minori costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (Chon Abramo et al,2023). Inoltre, il controllo dei parametri vitali, segni e sintomi e altre informazioni utili all'inquadramento dello stato clinico del paziente, raccolti da remoto (per un periodo di tempo) senza la presenza fisica del paziente in ambulatorio, porta ad avere un controllo maggiore della patologia; con il fine di ridurre anche le visite ambulatoriali ed avere una gestione più efficace della patologia (Vennis et al; 2021). Nello specifico, per quanto riguarda i pazienti con lo scompenso cardiaco, vanno spesso incontro a ripetute ospedalizzazioni, risultato della scarsa compliance verso la terapia farmacologica o per la progressione della patologia; per tale motivo molte società scientifiche raccomandano, un'assistenza multidisciplinare verso tali pazienti con il fine di avere un maggior numero di follow-up erogando dunque una maggior continuità assistenziale anche nel territorio. Come si è dimostrato di recente è molto utile l'approccio da remoto con questa tipologia di paziente e con i rispettivi caregiver, in quanto permette una valutazione frequente e molte volte anche continua dei parametri vitali, segni e sintomatologia riguardante la patologia di scompenso (Sokolski et al. 2023). Tutto ciò, come si può ben intendere, porta ad una rapida individuazione di un possibile peggioramento di tale patologia. Ecco il motivo per cui si sottolinea il fatto che grazie all'approccio clinico in telemedicina vi è un trattamento migliore della patologia di scompenso cardiaco (Riganti et al; 2021). Recenti studi eseguiti nell'ambito di ambulatori di telemedicina sulla patologia dello scompenso cardiaco hanno evidenziato 5 temi principali emersi: le consulenze in telemedicina hanno fatto risparmiare tempo di viaggio e di attesa ai pazienti, i medici invece le hanno percepite come consulenze più efficienti; inoltre, senza esame fisico i medici si sono affidati di più all'anamnesi dei pazienti, all'osservazione e ai risultati dei test. I pazienti si sentivano più a loro agio durante le videochiamate che nelle visite fisiche. I pazienti, non hanno percepito che le videochiamate influissero sul loro rapporto con i medici mentre quest'ultimi hanno avuto più difficoltà a stabilire un rapporto a distanza (Singhal et al.2023). Inoltre, la telemedicina ha altri vantaggi tra cui: l'equità di accesso alle cure; infatti, con tale strumento è possibile raggiungere da remoto i pazienti ovunque essi siano e la

redistribuzione delle risorse umane tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di figure professionali spesso carenti in determinate zone ed assicurare così continuità delle cure nel territorio (Ministero della Salute, 2024).

2.5 – *L'impatto epidemiologico e prognostico del paziente con scompenso cardiaco*

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica, secondaria a qualsiasi anomalia, funzionale o strutturale, del muscolo cardiaco in grado di alterare una o entrambe le funzioni principali di quest'ultimo: la sistole e la diastole (Romanò, 2022); motivo per il quale risulta esserci un'insufficiente funzione di pompa del cuore, assoluta o relativa, e di sostenimento del circolo sanguigno (Minardi et al.; 2019). Solitamente la compromissione ventricolare interessa il ventricolo sinistro, in alcuni casi rari può riguardare solo il ventricolo destro; nelle fasi più avanzate, invece, la compromissione può riguardare anche entrambi i ventricoli. La funzione miocardica è valutabile attraverso la misurazione della frazione d'eiezione (FE) ventricolare sinistra; la frazione di eiezione è un indice di contrattilità e performance ventricolare, nei soggetti in condizione di normalità, risulta essere maggiore del 50 per cento (Brunner & Suddart, Libro di Infermieristica Medico Chirurgica, 2017). Lo scompenso si può classificare in base al valore della frazione di eiezione: *scompenso cardiaco a ridotta funzione ventricolare sinistra* (FE minore del 40 per cento), *scompenso cardiaco a funzione conservata* (FE maggiore del 50 per cento, vi è disfunzione diastolica) ed infine, *scompenso a funzione intermedia* (FE 40-49 per cento) (Fondazione Gimbe, 2019). Il deterioramento clinico può comparire sia acutamente sia progressivamente in tutte e tre le tipologie di scompenso (Ceraceni et al.; Libro Italiano di Medicina e Cure Palliative, 2019). Nello specifico lo scompenso cardiaco viene definito come sindrome in quanto la sua manifestazione clinica comprende segni e sintomi tipici e specifici (Bozkurt et al.; 2021); la gravità dello scompenso cardiaco viene identificata mediante la classificazione NYHA (New York Heart Association) che identifica empiricamente quattro classi di scompenso in base alla performance del paziente in relazione ad attività della vita quotidiana che riesce o meno a compiere (Stephen et al.; 2023). È importante la classificazione dello scompenso cardiaco, secondo tale metodica, già a partire dalla diagnosi iniziale in modo tale da poter monitorare i cambiamenti della sintomatologia del paziente nel tempo; un peggioramento della classe NYHA è associato ad una prognosi peggiore e ad un'ottimizzazione precoce delle terapie (Bozkurt et al.; 2021). Ad oggi lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni, e questo è considerato un problema di grande rilievo per la salute pubblica nonché dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2024). A soffrire di scompenso cardiaco in Italia sono circa 600.000 persone e si è stimato che la sua prevalenza raddoppia ogni decade d'età, infatti dopo i 65 anni le persone affette da scompenso sono quasi il 10 per cento (questi dati fanno fronte all'invecchiamento della popolazione italiana) (Ministero della Salute, 2024). Lo scompenso cardiaco è una patologia cronica invalidante (Romanò, 2022), i quali sintomi e complicanze, portano ad un discomfort importante della persona che ne soffre (Antonello Gavazzi et al.; 2013); per tale motivo è importante un rapido riconoscimento dei segni e sintomi per evitare riospedalizzazioni e accessi frequenti al pronto soccorso (Pagani et al.; 2021). Il 25% dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco vengono riammessi in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione e la

mortalità durante questo periodo è di circa il 10 per cento. (Greens et al. 2015). Infatti, proprio il primo periodo post-ricovero viene identificato come “fase vulnerabile”, in quanto si è constatato che durante il periodo di ricovero, essendo a breve termine, i risultati clinici risultano essere scarsi. Mentre nella continuità delle cure a lungo termine si possono ottenere risultati davvero notevoli (Greens et al; 2015). Per tale motivo è fondamentale attuare degli interventi di identificazione dei pazienti maggiormente a rischio di riospedalizzazione precoce, i quali sono: persistente congestione polmonare e/o periferica, non adeguata ottimizzazione della terapia per scompenso cardiaco, non adeguato follow-up dei pazienti altamente a rischio, comorbidità (Insufficienza renale acuta, broncopneumopatia cronico ostruttiva, anemia etc.), età superiore ai 70 anni, iponatriemia, ipotensione arteriosa. Successivamente a tutto ciò è utile trovare delle strategie per limitarli; promuovendo la continuità assistenziale, il fenomeno dell'autocura e portando così ad un miglioramento della qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti (Coffley et al.; 2019).

CAPITOLO 3 - OBIETTIVI DELLO STUDIO

Gli obiettivi dello studio erano i seguenti:

- Verificare l'efficacia dell'approccio in telenursing
- Verificare la risposta in termini di compliance del paziente con scompenso cardiaco
- Verificare i risultati sulla qualità di vita del paziente

Allo scopo di generare gli obiettivi dello studio e implementare il quadro teorico, è stata eseguita dapprima una ricerca in letteratura utilizzando i quesiti di ricerca e il metodo PIO:

P	Pazienti con scompenso cardiaco
I	Interventi di telenursing
O	<ol style="list-style-type: none">1. Il telenursing può essere uno strumento efficace per gestione della persona affetta da scompenso cardiaco?2. Il telenursing migliora la compliance del paziente con scompenso cardiaco?3. Il telenursing promuove l'autocura?4. Il telenursing modifica la qualità di vita del paziente scompensato?

Tali obiettivi dopo essere stati verificati in letteratura per il completamento del quadro teorico sono stati verificati nella pratica attraverso lo studio P.E.S.C.A. Uno studio che si occupa di fornire continuità assistenziale post ricovero nei pazienti affetti da scompenso cardiaco; nello specifico questi obiettivi sono stati studiati con l'analisi dei dati emersi dalla somministrazione del KCCQ nel pre dimissione e al termine del mese post-dimissione del paziente in modo tale da poterne verificare i cambiamenti o diversità.

CAPITOLO 4 - MATERIALI E METODI

4.1 - Disegno dello studio

Lo studio effettuato è di tipo osservazionale/descrittivo

4.2- Campione e setting

La popolazione oggetto di studio è rappresentata dai pazienti dimessi dall'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, con diagnosi di scompenso cardiaco inclusi nel progetto P.E.S.C.A, nel periodo che va da Marzo 2024 ad Agosto 2024.

I criteri di inclusione per la partecipazione al progetto sopra indicato sono:

- Ricovero per episodio di scompenso cardiaco acuto;
- Diagnosi di scompenso cardiaco con ridotta frazione d'eiezione (FE < 40%)
- Età compresa tra i 40 e i 90 anni
- Firma del consenso informato
- Non in terapia ottimale tollerata

I criteri di esclusione invece sono:

- la terapia per lo scompenso cardiaco (ad esempio: reazione avverse farmaci ed insufficienza renale).
- Pazienti terminali per malattia neoplastica e/o malattia d'organo avanzata;
- Demenza in fase avanzata;
- Pazienti non in grado di effettuare la televisita e/o privi di caregiver efficace.

4.3- Strumenti

Gli strumenti che sono stati utilizzati per condurre questo studio sono:

- Opuscolo informativo, fornito al momento della dimissione, che contiene: definizione della patologia dello scompenso cardiaco, informazioni sulla dieta consigliata, sulla terapia farmacologica e su altri accorgimenti utili nella gestione della patologia cronica. Esso contiene un diario in cui il paziente può annotare tutti i parametri vitali richiesti, il peso e altri sintomi che potrebbe presentare dati dallo scompenso. (Vedi allegato 1).
- Questionario KCCQ nella versione validata in italiano nell'anno 2003 (Miani et al.; 2003): strumento che valuta la qualità di vita e la performance nelle ADL del paziente affetto da scompenso cardiaco. Viene somministrato dall'infermiere al paziente al momento della dimissione e alla quarta settimana (fine del percorso di post- ricovero) per valutare la qualità di vita del paziente ed effettuare un confronto tra dimissione e fine percorso (vedi allegato 2)
- Intervista semistrutturata utilizzata durante la televisita, al fine di raccogliere i dati del paziente. È composta da 7 items tra cui parametri vitali (PAO, FC, SpO2), peso, edemi declivi, dispnea, aderenza terapeutica (vedi allegato 3)
- Questionario di gradimento: è un questionario redatto appositamente per lo studio, per raccogliere le opinioni dei pazienti sull'esperienza nella partecipazione al progetto P.E.S.C.A e l'utilizzo della telemedicina (vedi allegato 4).

4.4 - Modalità di conduzione dello studio

Per dare luogo alla fase osservazionale dello studio, vengono applicate le quattro fasi descritte dal progetto P.E.S.C.A per la continuità assistenziale nell'UOC Medicina Interna dell'AULSS 3 dell'Ospedale dell'Angelo.

Fase 1: pre dimissione

- Arruolamento del paziente
- Firma del consenso informato

Fase 2: al momento della dimissione

- Educazione infermieristica su segni, sintomi, dieta consigliata e sulla terapia per lo scompenso cardiaco prescritta dal medico con ausilio di un opuscolo informatico illustrato e consegnato al paziente (allegato 1)
- Educazione per la raccolta dati a domicilio prima di ogni televisita.
- Intervista pre dimissione con annessa compilazione del questionario KCCQ (allegato 2)

Fase 3: in seguito alla dimissione

- Prima, Seconda e Terza settimana: l'infermiere effettua la televisita con il paziente tramite la piattaforma pagine mediche raccoglie i dati tramite un'intervista semi strutturata (allegato 3), in questa fase l'infermiere si accerta che l'educazione effettuata nella fase di pre dimissione sia stata compresa dal paziente e da dei rinforzi educativi sulle tematiche che appaiono meno chiare al paziente, il medico visiona i dati raccolti ed eventualmente adegua la terapia farmacologica.
- Quarta settimana: Il paziente effettua la visita di controllo; l'infermiere raccoglie i dati con l'intervista semi strutturata (allegato 3), somministra il questionario KCCQ (allegato 2) ed il questionario di gradimento (allegato 4). Il medico invece effettua la visita comprensiva dell'ecocardiografia, valuta gli esami ematochimici che il paziente esegue la mattina stessa della visita e conclude il percorso con la consegna della lettera definitiva comprensiva delle ultime valutazioni e le modifiche terapeutiche effettuate.

Fase 4: conclusione del percorso

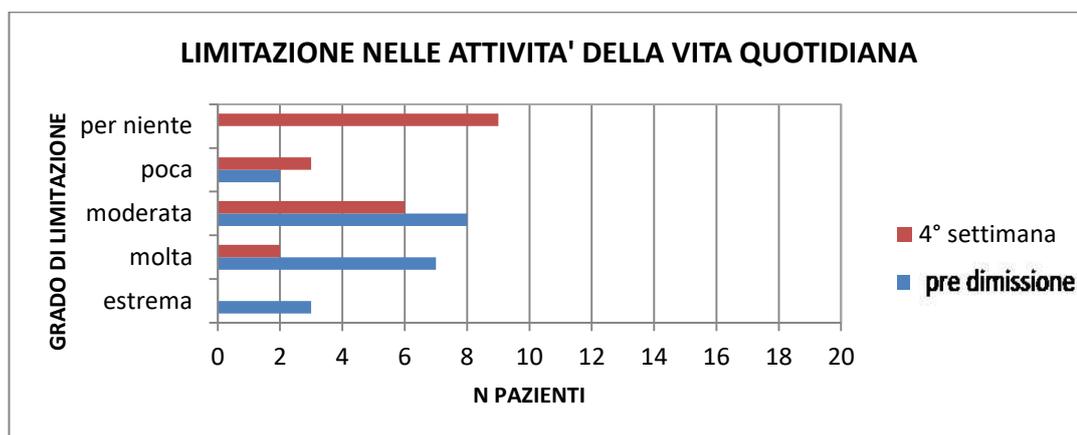
- Il paziente in caso di situazione clinica stabile viene rinvio al Medico di Medicina Generale (MMG), in caso di instabilità clinica e necessità di ulteriori controlli invia il paziente al Cardiologo del servizio territoriale.

CAPITOLO 5 - RISULTATI DELLA RICERCA

5.1- Risultati analisi della somministrazione del questionario (KCCQ) al campione oggetto d'indagine

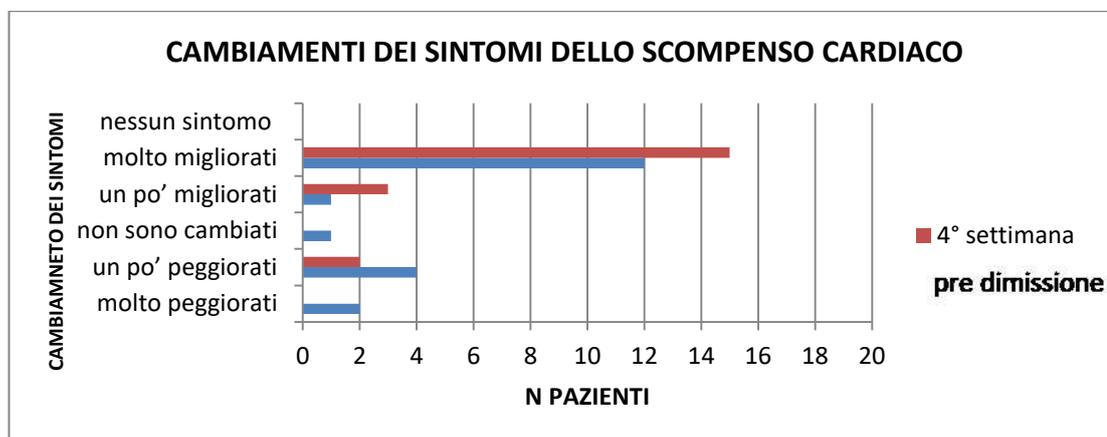
Il campione dello studio è rappresentato da 22 pazienti di cui 20 oggetto dello studio, i due pazienti restanti hanno interrotto il percorso per ricovero per altra patologia.

Grafico 1 – Item “attività della vita quotidiana”



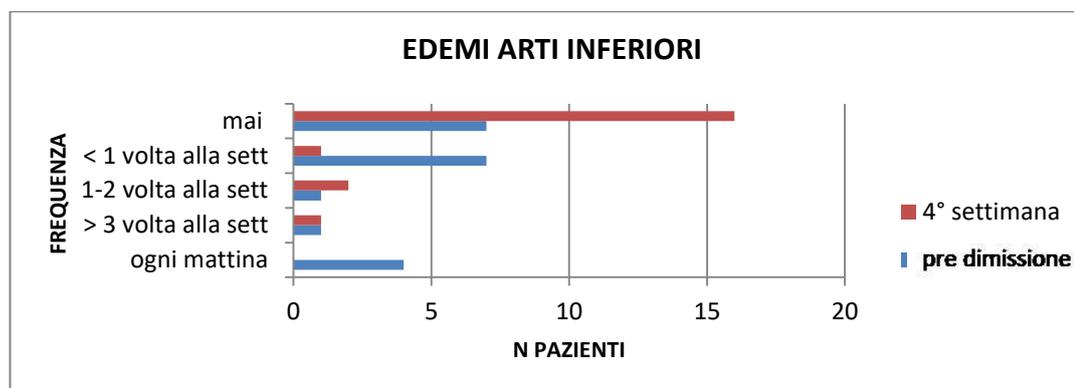
Il grafico 1 rappresenta la media del punteggio ottenuto dal primo item “attività della vita quotidiana” (vestirsi, lavarsi, camminare in piano per circa 100 mt, fare piccoli lavori domestici, fare una decina di scalini a piedi senza fermarsi e correre);

Grafico 2 – Item “cambiamenti dei sintomi dello scompenso”



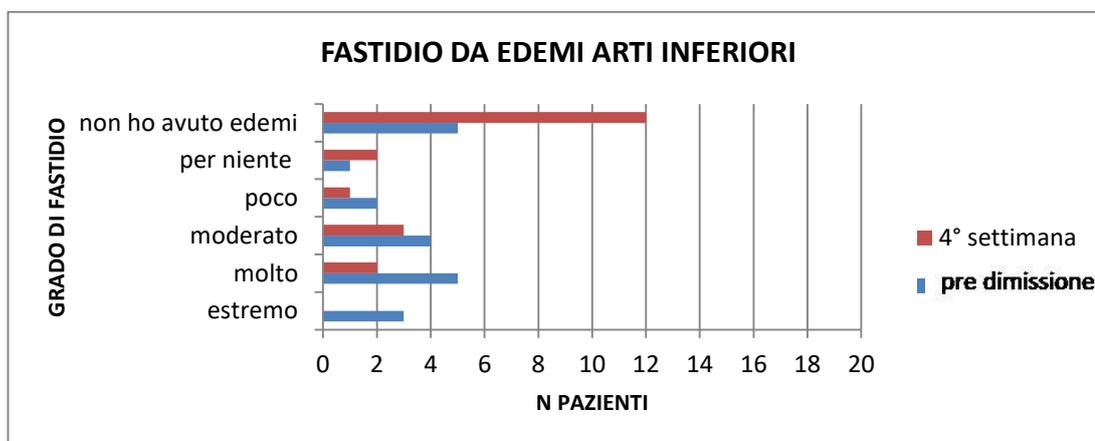
Il grafico 2 rappresenta il cambiamento nelle ultime due settimane dei segni e sintomi di scompenso cardiaco (dispnea, stanchezza ed edema agli arti inferiori).

Grafico 3- Item “edemi arti inferiori”



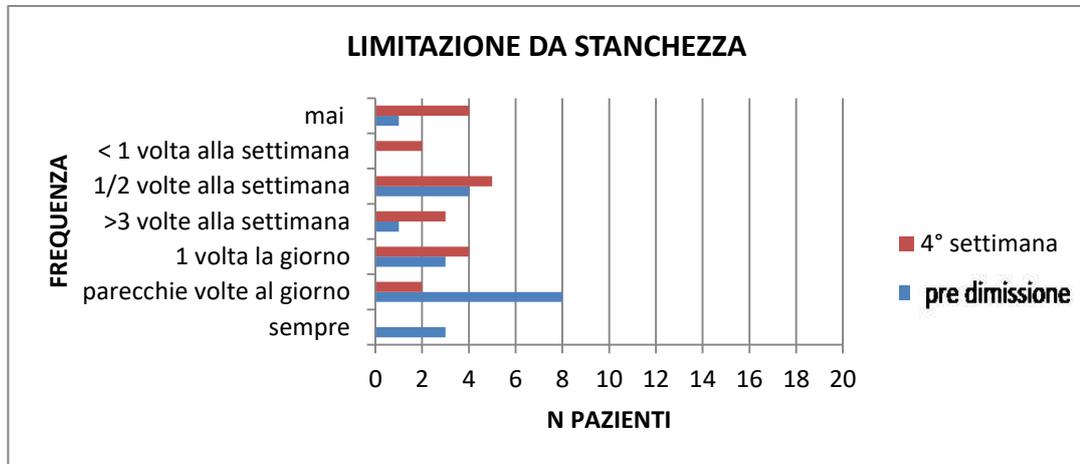
Il grafico 3 rappresenta quanto nelle ultime due settimane, alla mattina, i pazienti hanno avuto edemi agli arti inferiori.

Grafico 4- Item “fastidio provocato dall’edema agli arti inferiori”



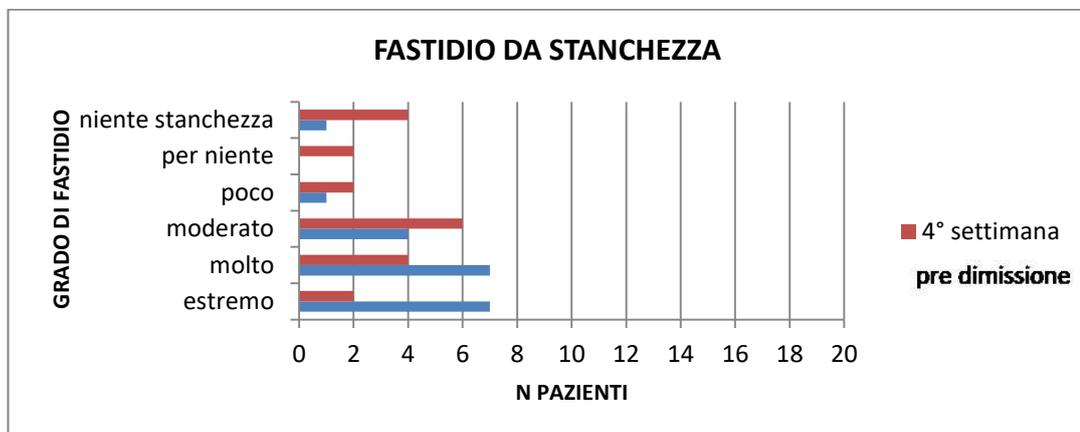
Il grafico 4 rappresenta quanto il paziente prova fastidio ad avere edemi agli arti inferiori.

Grafico 5- Item “limitazione attività per stanchezza”



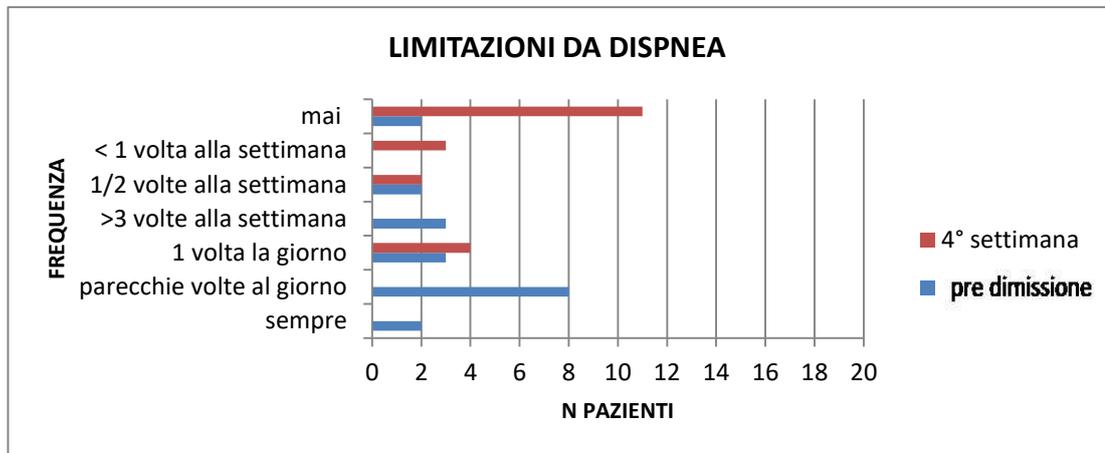
Il grafico 5 rappresenta quanto nelle ultime due settimane la stanchezza limita il paziente nello svolgimento delle attività che esso desidera fare.

Grafico 6- Item “fastidio provocato dalla stanchezza”



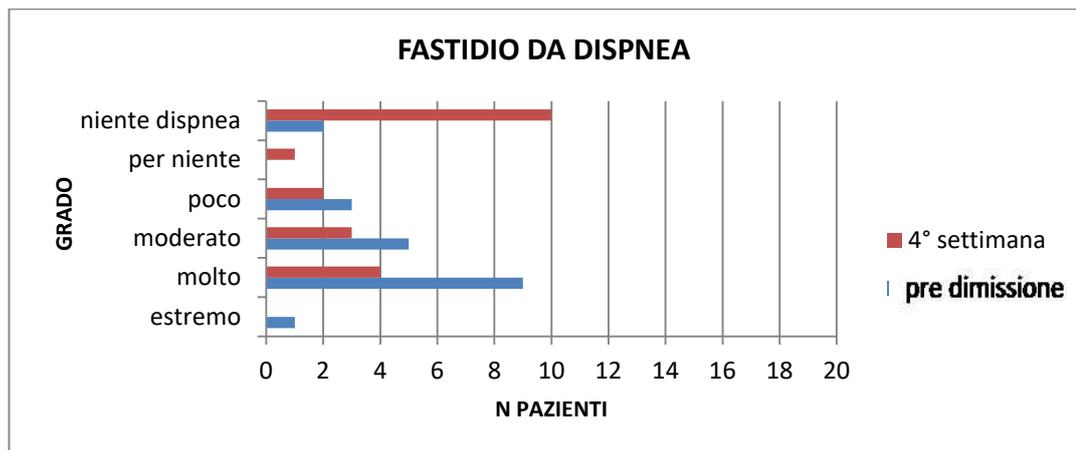
Il grafico 6 rappresenta quanto fastidio prova il paziente a sentirsi stanco.

Grafico 7- Item “limitazione da dispnea”



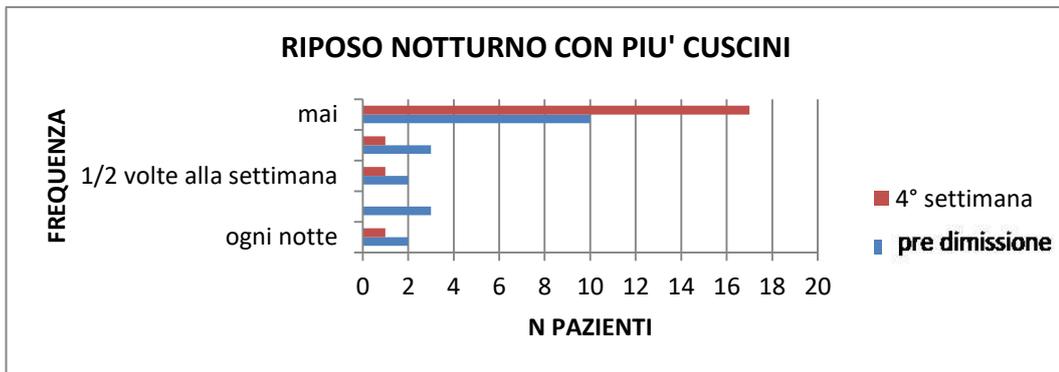
Il grafico 7 rappresenta quanto la dispnea limita il paziente nelle proprie attività.

Grafico 8- Item “fastidio provocato dalla dispnea”



Il grafico 8 rappresenta quanto fastidio ha provato il paziente ad avere dispnea.

Grafico 9- Item “riposo notturno con più di 2 cuscini per dispnea”



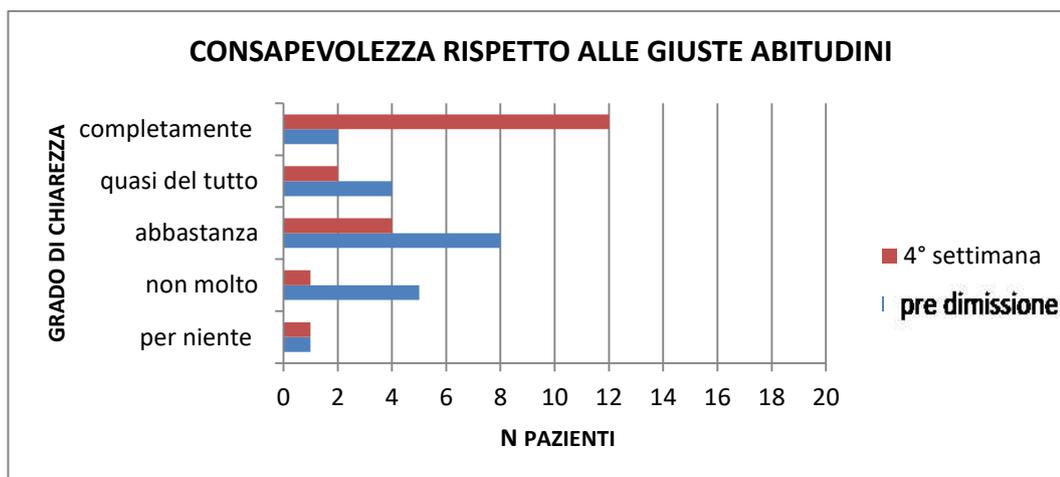
Il grafico 9 dimostra quante volte nelle ultime due settimane, rispetto al momento in cui è stata posta la domanda, il paziente ha dovuto dormire con più di due cuscini causa dispnea.

Grafico 10- Item “sicurezza del paziente nella gestione della riacutizzazione della malattia”



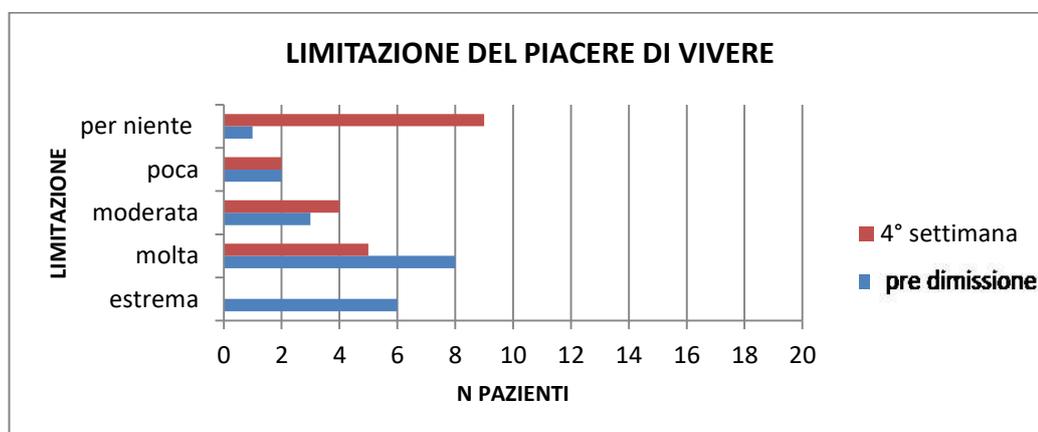
Il grafico 10 rappresenta quanto il paziente si sente sicuro nella gestione della riacutizzazione dei sintomi dello scompenso cardiaco.

Grafico 11- Item “consapevolezza del paziente”



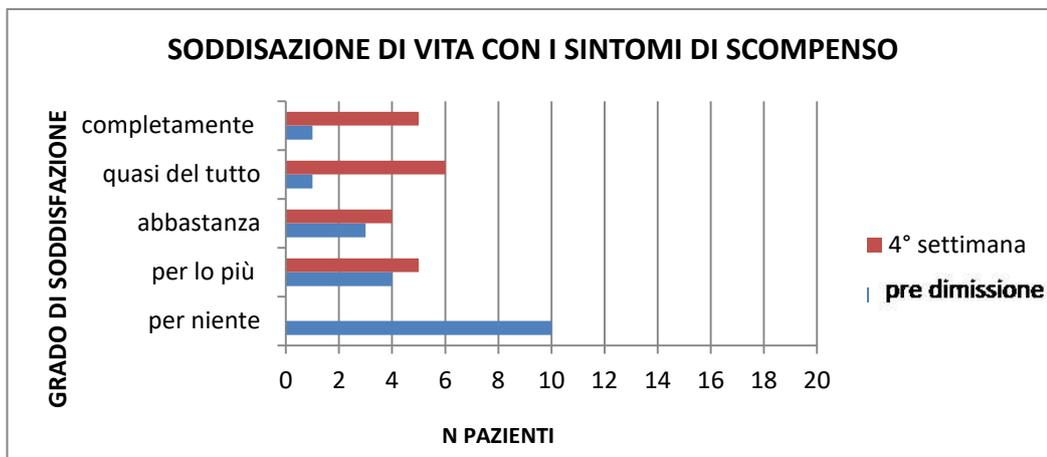
Il grafico 11 rappresenta quanto è chiaro al paziente come agire affinché i sintomi di scompenso non peggiorino.

Grafico 12- Item “limitazione del piacere di vivere”



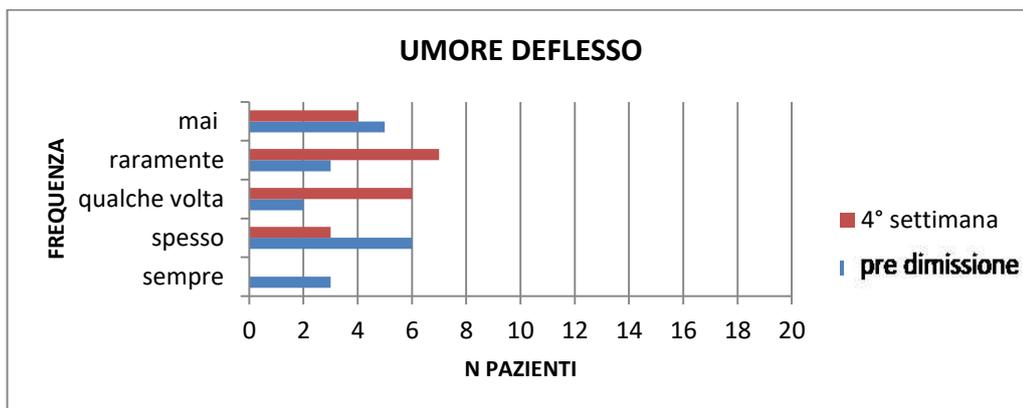
Il grafico 12 rappresenta quanto il paziente percepisce limitazioni nel proprio stile di vita date dai sintomi dello scompenso cardiaco.

Grafico 13- Item “vivere con gli attuali sintomi di scompenso”



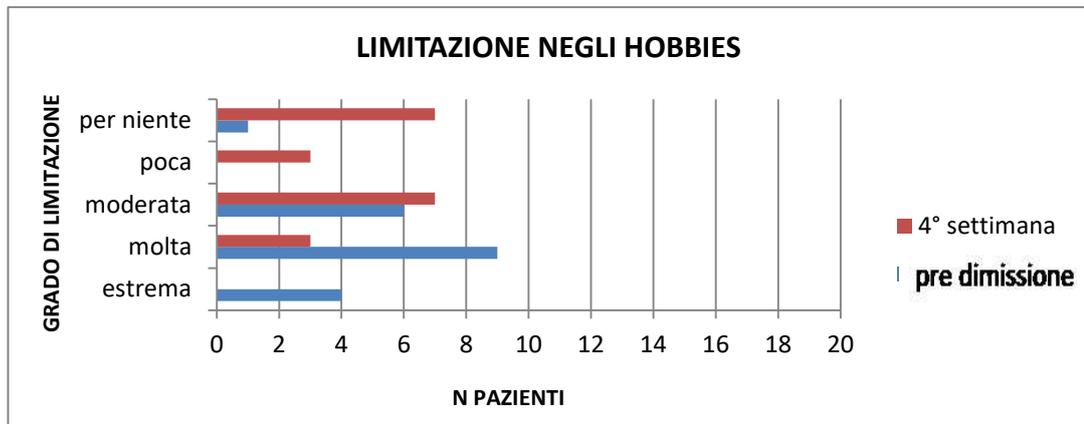
Il grafico 13 rappresenta cosa ne penserebbero i pazienti se dovessero passare il resto della vita con i sintomi dello scompenso cardiaco che hanno in quel momento.

Grafico 14- Item “umore deflesso causa scompenso cardiaco”



Il grafico 14 dimostra quanto spesso il paziente si sente scoraggiato e giù di morale a causa dello scompenso cardiaco.

Grafico 15- Item “attività di svago”



Il grafico 15 rappresenta come si sente il paziente avendo i sintomi dello scompenso nello svolgere le attività di svago (passatempo, trovare amici o avere relazioni intime con il proprio partner).

5.2 – Risultati analisi questionario di gradimento

Grafico 16 – Item “consapevolezza dei pazienti”



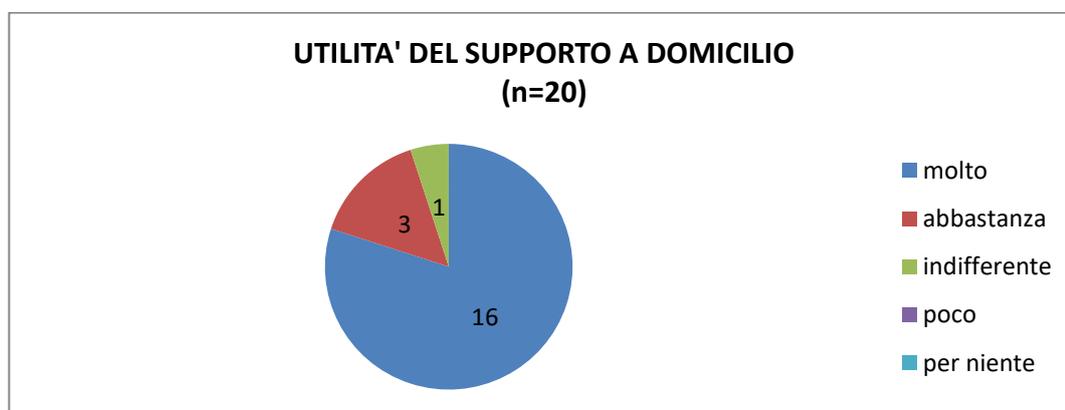
Il grafico rappresenta quanto i pazienti si sentano più consapevoli della propria patologia al termine del percorso delle 4 settimane.

Grafico 17- Item “supporto professionale percepito dai pazienti”



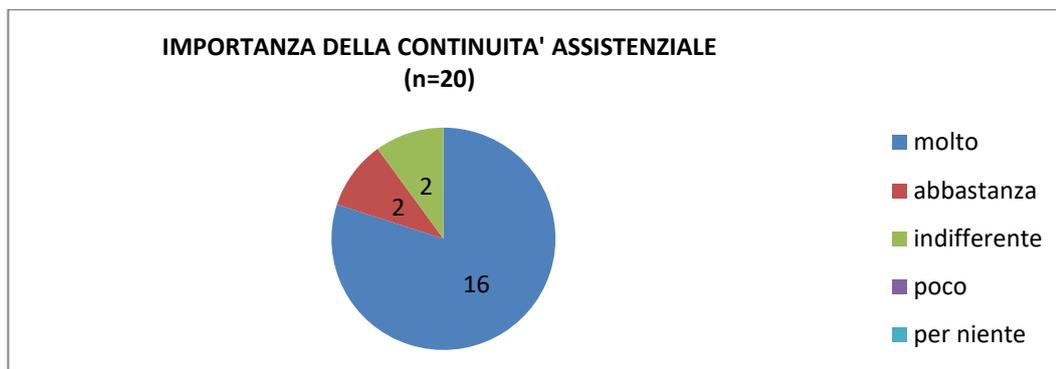
Il grafico rappresenta quanto i pazienti si sono sentiti supportati nel corso del percorso, dal personale medico ed infermieristico.

Grafico 18 – Item “utilità del supporto a domicilio”



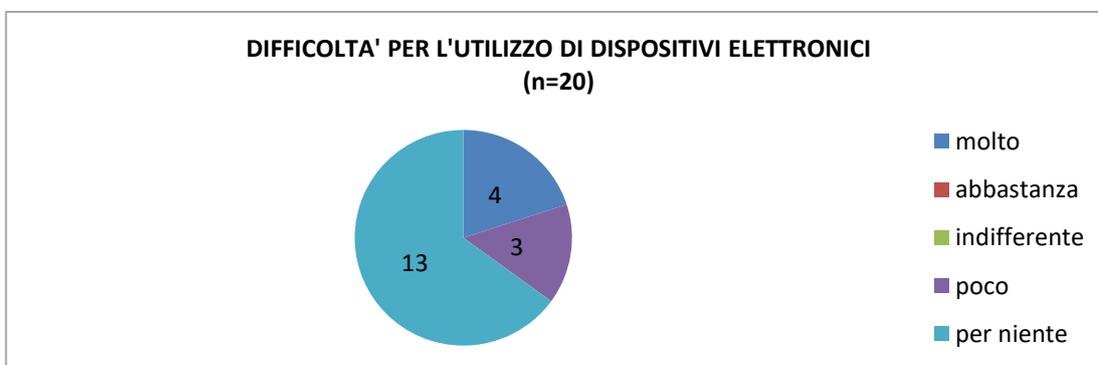
Il grafico rappresenta quanto i pazienti ritengono utile il supporto ricevuto a domicilio, tramite le televisite, da parte dei professionisti.

Grafico 19 – Item “ Importanza della continuità assistenziale”



Il grafico rappresenta quanto i pazienti ritengono utile la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Grafico 20 – Item “difficoltà percepita dai pazienti sull’utilizzo della tecnologia”



Il grafico rappresenta quanta difficoltà hanno avuto i pazienti nell’utilizzo dei dispositivi elettronici per effettuare le televisite.

CAPITOLO 6 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo scopo di questo studio era di avvalorare quanto può essere efficace l'utilizzo della telemedicina e della continuità assistenziale, nella gestione a domicilio dello scompenso cardiaco; seguendo i pazienti nel periodo temporale di 30 gg. Si è inteso rafforzare il concetto di quanto l'educazione porti i pazienti ad essere più consapevoli della propria patologia e della conseguente gestione, promuovendo il fenomeno dell'autocura.

A partire dai dati raccolti, e dalle relative analisi viene alla luce che in tutte le sfere analizzate dal questionario KCCQ tra la prima, e la quarta settimana di somministrazione, vi è stato un miglioramento significativo della situazione generale del paziente. Nello specifico, nelle attività della vita quotidiana, da moderatamente limitati i pazienti passano ad essere poco limitati (vedi grafico 1). Questo dimostra quanto può essere importante per il paziente, poter essere partecipe della propria quotidianità e ad avere autonomia nelle ADL. I sintomi di scompenso, molto spesso sono preponderanti, e provocano un discomfort importante nella persona che ne è affetta; ridurli è fondamentale per rendere la vita del paziente il più confortevole possibile. Rispetto a questo, nel campione oggetto di studio, vi sono stati dei netti miglioramenti, all'inizio del percorso, dopo giorni di ricovero, i pazienti dicevano che stanchezza, dispnea, ed edemi arti inferiori erano un po' migliorati, dopo il percorso di continuità assistenziale riferivano di essere molto migliorati (vedi grafico 2). Nello specifico, la frequenza di comparsa degli edemi agli arti inferiori, e il discomfort annesso (vedi grafico 4), si era ridotta da meno di una volta alla settimana a non essere più presente per due settimane consecutive (vedi grafico 3), confermando che l'educazione continua allo stile di vita, e alla giusta gestione dei farmaci sono efficaci. Anche la stanchezza e il discomfort conseguente (vedi grafico 6), risulta essere migliorata; inizialmente i pazienti esprimevano stanchezza almeno una volta al giorno, alla quarta settimana la riferivano solo 1-2 volte alla settimana (vedi grafico 5). Altro sintomo molto limitante per il paziente è la dispnea, in quanto delimita le attività della vita quotidiana e la sensazione di fame d'aria per il paziente è fastidiosa. Se all'inizio del percorso almeno una volta al giorno in media, i pazienti provavano dispnea, e moderato fastidio rispetto da essa, al termine del percorso la dispnea era presente per la maggior parte dei pazienti solo una volta alla settimana (vedi grafico 7) e questo non creava più fastidio al paziente (vedi grafico 8). Questi miglioramenti alla quarta settimana, hanno fatto sì, che la maggior parte dei pazienti non ha utilizzato più di un cuscino per il riposo notturno (vedi grafico 9).

Una delle parti fondamentali, del questionario, è il fenomeno dell'autocura, che abbiamo visto essere il focus della gestione dello scompenso cardiaco a domicilio. L'autocura diventa strumento fondamentale per il paziente, che acquisisce maggior consapevolezza della propria patologia, e maggior controllo di eventuali riacutizzazioni della stessa.

I risultati sul campione oggetto di studio, confermano di fatto quanto affermato nelle righe precedenti; inizialmente i pazienti, riferivano, rispetto all'individuare un'eventuale riacutizzazione della malattia e alle azioni adeguate per far sì che i sintomi non peggiorino, di essere abbastanza sicuri; al termine delle 4 settimane riferivano di essere quasi del tutto sicuri (vedi grafico 10 e 11), che sembra un leggero cambiamento, ma in realtà per il paziente scompensato è un grande progresso. È importante, che il paziente con scompenso, sebbene sia affetto da una patologia cronica, possa avere una qualità di vita il più soddisfacente possibile anche

al di fuori delle attività fondamentali di vita quotidiana. Il questionario a questo proposito indaga, quanto i pazienti riescono a svolgere i loro passatempi e i loro hobby. Da quest'analisi, del campione oggetto di studio, è emerso che, se inizialmente vi era un altro grado di limitazione per gli hobby, al termine il grado di limitazione diveniva basso (vedi grafico 15), provocando nei pazienti una grande risposta al piacere di vivere, rispetto a chi non aveva ancora aderito al percorso (vedi grafico 12). I pazienti arruolati, alla fine del percorso, hanno affermato che, anche se erano consapevoli di dover passare il resto della loro vita con lo scompenso e i suoi sintomi, per quanto appreso durante il progetto P.E.S.C.A., comunque sarebbero stati quasi del tutto soddisfatti (vedi grafico 13). E' di fondamentale importanza anche ciò che è emerso dal questionario di gradimento finale, il grado di consapevolezza sulla patologia sviluppato dai pazienti risulta essere molto, mentre per quanto dichiarato rispetto al supporto ricevuto tutti i pazienti si sono sentiti molto supportati e sicuri di aver imparato a capire gli alert sull'andamento della patologia. Non di minore importanza, è che solo 4 pazienti su 20 hanno avuto molta difficoltà con l'utilizzo della tecnologia superate con il continuo supporto degli operatori o dei caregivers presenti (vedi grafico 20).

Lo studio, se pur con un forte bias in entrata, rappresentato dall'esiguo numero dei partecipanti, ha confermato che la telemedicina e il telenursing sono un mezzo per arrivare ovunque (basta un collegamento alla rete e poche competenze telematiche dell'utente), portando a buoni risultati sui pazienti che la utilizzano. Basti pensare che, anche se solo su 20 persone, che hanno partecipato al progetto P.E.S.C.A., solo due sono stati ricoverati in cardiologia, due pazienti sono stati ricoverati ma per altra patologia (addensamento polmonare e insufficienza renale acuta), un paziente si è recato in pronto soccorso per riacutizzazione dei sintomi, ma l'accesso non si è concluso con un ricovero ospedaliero, si può concludere che 18 pazienti sono rimasti al proprio domicilio.

Il limite per ora è il numero dei pazienti arruolati che non permette di avere dei risultati statisticamente significativi sugli esiti assistenziali di tale percorso, necessario sarà fare nuove valutazioni nel momento in cui il campione dei pazienti arruolati sarà incrementato.

Si auspica, per un futuro prossimo, si possa implementare questo tipo di approccio, affinché i pazienti con patologie croniche, possano ricevere cure e assistenza adeguati pur rimanendo al proprio domicilio.

Il domicilio, si è dimostrato essere il luogo di cura più adeguato per questi pazienti, tanto che dal PNRR si prospetta una nuova organizzazione della salute in ambito territoriale, evitando al paziente ripetuti spostamenti per accessi ai vari ambulatori ospedalieri. Ci si auspica che la realizzazione di tale progettualità, possa aumentare la qualità e la durata della vita di questi pazienti, con un grado di grande soddisfazione anche da parte degli operatori sanitari, che investono energie per il benessere e la salute dei loro assistiti.

“Per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra assistenza infermieristica è qualche cosa che, se non contribuiremo a far progredire, ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire”

1872 Florence Nightingale

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham, C. (2024) 'Telenursing and Remote Patient Monitoring in Cardiovascular Health', *Telemedicine and e-Health*. [consultato il 04/2024].
2. Augusto Caraceni (2019) *Libro Italiano di Medicina e Cure Palliative*. 3rd edn. [consultato il 06/2024].
3. Bozkurt, B. (2021) 'Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association', *European Journal of Heart Failure*. [consultato il 07/2024].
4. Busatta, L. (2023) 'Potenzialità ed aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative'. [consultato il 08/2024].
5. Carla Riganti (2010) 'La responsabilità nel controllo a distanza del paziente con scompenso cardiaco', *Giornale Italiano di Cardiologia*. [consultato il 06/2024].
6. Coffey (2019) 'Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [consultato il 04/2024].
7. Daniela Miani, Rozbowski, Gregori, Pilotto, Albanese, Fresco, Fioretti (2003), 'The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: Italian translation and validation', *Italian Heart*. [consultato il 03/2024].
8. Del Prato, S. (2023) 'Valutazione della fragilità e approccio al paziente fragile'. Consulta SCV. [consultato il 08/2024].
9. Decreto Regionale n 31, 3 aprile 2023. [consultato il 08/2024].
10. Decreto della Giunta Regionale n 755, giugno 2023. [consultato il 08/2024].
11. Fiaso, Agenzia Italiana aziende Sanitarie e Ospedaliere: Telemedicina il futuro in Italia, 2024. [consultato il 07/2024].
12. Fondazione Gimbe (2019) 'Linee guida per la diagnosi e la terapia dello scompenso cardiaco cronico negli adulti'. Evidence. [consultato il 05/2024].

13. Gavazzi (2022) 'Le cure Palliative nello scompenso cardiaco'. Il Pensiero Scientifico. [consultato il 06/2024].
14. Greene, S.J. (2015) 'The vulnerable phase after hospitalization for heart failure', *Nature Reviews Cardiology*. [consultato il 08/2024].
15. Gonçalves-Bradley, D.C. (2022) 'Discharge planning from hospital', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2022(2). [consultato il 06/2024].
16. Istat: Rapporto annuale 2024, la situazione del paese. 2024 [consultato il 08/2024].
17. Istat: indicatori demografici. 2024. [consultato il 08/2024].
18. Istat: Il paese domani, una popolazione più piccola, più eterogenea e con più difficoltà, 2023. [consultato il 05/2024].
19. Istituto Superiore di Sanità: Telemedicina in ambito ambulatoriale, 2023 [consultato il 03/2024].
20. Janice (2017) *Infermieristica Medico Chirurgica*. 5th edn. Brunner- Suddarth. [consultato il 06/2024].
21. Marcadelli (2008) 'La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS', *I luoghi di cura*. [consultato il 03/2024].
22. Minardi (2019) 'Lo scompenso cardiaco: alcuni dati epidemiologici'. Atti dell'accademia Lancisana. [consultato il 05/2024].
23. Ministero della Salute: malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco, 2024. [consultato il 06/2024].
24. Ministero della Salute: La telemedicina nel PNRR- missione salute, 2024. [consultato il 08/2024].
25. Ministero della Salute: Linee di indirizzo internazionale sulla telemedicina, 2024. [consultato il 08/2024].
26. Pacho, C. (2019) 'An Early Post-discharge Intervention Planned to reduce 30-day Readmissions in old and Frail Heart Failure Patients Remains Beneficial at 1 Year', *Revista Española de cardiología*. [consultato il 06/2024].
27. Pagani (2021) 'il Telenursing quale strumento di continuità assistenziale nel paziente fragile con scompenso cardiaco'. [consultato il 07/2024].

28. Pagani (2021) 'il Telenursing quale strumento di continuità assistenziale nel paziente fragile con scompenso cardiaco'. [consultato il 07/2024].
29. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: missione 6, 2024. [consultato il 09/2024].
30. Romanò (2022) 'Cure Palliative e scompenso cardiaco: è ora di ricominciare a parlarne?' Il Pensiero Scientifico Editore. [consultato il 06/2024].
31. Saiani (2013) 'La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri', *Il pensiero scientifico editore*. [consultato il 09/2024].
32. Singhal, A., Riley, J.P. and Cowie, M.R. (2023) 'Benefits and challenges of telemedicine for heart failure consultations: a qualitative study', *BMC Health Services Research*. [consultato il 08/2024].
33. Sokolski, M. (2023) 'Telemedicine in Heart Failure in the COVID-19 and Post-Pandemic Era: What Have We Learned?', *Biomedicines*. [consultato il 06/2024].
34. Veenis, J.F. (2021) 'Remote Monitoring in Chronic Heart Failure Patients: Is Non-Invasive Remote Monitoring the Way to Go?', *Sensors*. [consultato il 07/2024].
35. Veronese, N. (2021) 'Prevalence of multidimensional frailty and pre-frailty in older people in different settings: A systematic review and meta-analysis'. [consultato il 07/2024].
36. Wilson, D.M. (2021) 'The need for and value of nurse and midwife prescribing: Findings from an Irish research investigation', *International Journal of Nursing Practice*. [consultato il 09/2024].

ALLEGATI

Allegato 1 – Opuscolo Informativo

AUTOVALUTAZIONE DEI SINTOMI

DATA				
PESO				
MANCANZA DI RESPIRO				
GONFIORE ALLE GAMBE (minimo, medio o severo)				
DOLORE TORACICO (sì/no)				
PALPITAZIONI (sì/no)				
PRESSIONE ARTERIOSA				
ASSUNZIONE TERAPIA DIMISSIONE (sì/no)				
TERAPIA SOSPESA				
ALTRE TERAPIE ASSUNTE (quali?)				
ESAMI EFFETTUATI				

4

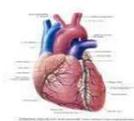


OPUSCOLO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE CON DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO



4

Che cos'è lo scompenso cardiaco?



E' una sindrome caratterizzata dalla ridotta capacità del cuore di sostenere il circolo sanguigno; dunque viene meno l'effetto "pompa" del cuore.

Quali sono i sintomi più comuni?



Fatica compiere le normali attività
Gonfiore alle gambe



Palpitazione e dolore toracico
Mancanza di respiro (prima dopo sforzo e poi anche a riposo)

4

Quale trattamento farmacologico?

Gli obiettivi della terapia farmacologica sono di:

1. Ridurre la mortalità
2. Prevenire la ospedalizzazione
3. Migliorare i sintomi, la performance fisica e la qualità di vita



RICORDA: i farmaci per lo scompenso migliorano la sopravvivenza e la prognosi della malattia. E' FONDAMENTALE ASSUMERLI

NB: bisogna sempre sentire il medico curante prima di iniziare l'assunzione o di modificare la dose.

Visita di controllo

La visita di controllo deve avvenire ogni qual volta compaiano i sintomi di allarme come sopra. Nel caso che i sintomi fossero ben controllati la visita potrà essere programmata a 6 mesi.

Controllo delle patologie associate

Diabete mellito

Mantenere valori glicemici adeguati

- **Disfunzione della tiroide**

Correggere un eventuale iper- ed ipotiroidismo

- **Obesità**

Raggiungere il peso ideale

- **Deficit di Ferro**

Sia in presenza che in assenza di anemia la carenza di ferro va corretta, preferendo supplementi di ferro carbosimaltoso endovena.

- **Insufficienza renale cronica**

Monitorare la funzione renale.

Utilizzare i farmaci e le posologie adeguate

- **Bronchite Cronica Ostruttiva e Apnea**

Utilizzare i farmaci indicati dal curante. In caso della sindrome delle apnee notturne può essere indicata ossigenoterapia.

- **Dislipidemia**

Utilizzare i farmaci indicati del curante.

4

Quali precauzioni non farmacologiche bisogna seguire per prevenire?

- Ridurre o abolire il sale da cucina (comunque meno di 2 g al die incluso quello già presente negli alimenti).
- Restrizione dell'introito liquido (comunque meno di 2 litri al die)
- Abolizione dell'alcool e del fumo
- Controllare regolarmente (ogni 2-3 giorni) il peso corporeo e i parametri vitali (ad es: pressione e frequenza cardiaca) e consultare il medico se questi valori non sono nella norma o il peso aumenta.



- Astensione da alcuni farmaci che possono peggiorare i sintomi (per esempio i comuni antidolorifici, cortisone, farmaci antipertensivi come i calcioantagonisti etc.)
- Leggera attività fisica aerobica (camminare per 30-45 minuti al di)
- Vaccinazione contro l'influenza stagionale



Quale trattamento dietetico?

- Evitare i dolci, gli insaccati, i brodi di carne, i cibi particolarmente grassi, la frittura, gli alcolici ed i superalcolici.
- Ridurre l'assunzione dei carboidrati (pane, pasta, riso), di zuccheri semplici e di grassi (olio).
- Ridurre l'assunzione di caffeina (tè, caffè).



Diagnosi

La diagnosi è formulata dal Medico e tiene conto di alcune variabili:

- La raccolta anamnestica
- L'esame clinico
- Le indagini del sangue (tra cui il dosaggio del BNP, *B-type natriuretic peptide*)
- Le indagini strumentali (tra cui l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma)

Cosa può scatenare uno scompenso di cuore?

- La mancata o errata assunzione della terapia consigliata
- L'assunzione di farmaci impropri
- Lo stress
- Una dieta errata
- Infezioni come l'influenza



Quali sintomi di allarme?

- Aumento non giustificato del peso corporeo (1-2 kg /settimana)
- Gonfiore delle gambe con impronta alla digitopressione
- Stanchezza ingravescente
- Mancanza di respiro (improvvisa o sempre più frequente)
- Dolore toracico
- Riduzione della diuresi (quantità delle urine)

N.B.: se compare uno di questi sintomi è utile rivolgersi al medico curante

Allegato 2 – Intervista semistrutturata



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Mestre



INTERVISTA SEMISTRUTTURATA TELEVISITA 1^/2^/3^ - P.E.S.C.A (eseguita in google moduli)

INIZIALI DEL NOME E DEL COGNOME:

PARAMETRI VITALI

1. Peso Kg:
2. Pressione Arteriosa Sistolica (mmHg)
3. Pressione Arteriosa Diastolica (mmHg)
4. Saturazione O2%
5. Frequenza Cardiaca

SINTOMI

1. Ortopnea: dorme con due cuscini? Si/no
2. Dispnea a riposo: le manca il respiro quando è a riposo? Si/ no
3. Dispnea da sforzo: se esce per fare una passeggiata o per fare la spesa le manca il fiato? Si / no
4. Segno di fovea. Se preme con un dito sulla gamba (zona tibia) le rimane l'impronta? Si / no

COMPLIANCE

1. Regolare l'assunzione di farmaci: sta prendendo i farmaci correttamente? Tutti i giorni? O a volte li dimentica? Si / no

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679). DATI AUTORIZZATI PER LA TESI SULLA TELEMEDICINA DI BUGIN LETIZIA (3^ ANNO INFERMIERISTICA)

Coordinatore Aziendale delle attività formative: Dott.ssa Chiara Rizzo
Azienda U.L.S.S. 3 Serenissima
Piazzale San Lorenzo Giustiniani 11/E, 30174 Venezia-Mestre
Tel: +39.041.260.7148
Mail: chiara.rizzo@unipd.it; chiara.rizzo@aulss3.veneto.it

Presidente: Prof. Vincenzo Baldo
Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica
Via L. Loredan, 18, 35128 Padova
Tel: +39.049.827.5381
Mail: vincenzo.baldo@unipd.it

6. Nelle ultime 2 settimane, quanto le ha dato fastidio sentirsi stanco/a?
Mi ha dato ...

Estremamente fastidio	Molto fastidio	Moderatamente fastidio	Poco fastidio	Per niente fastidio	Non mi sono sentito/a stanco/a
<input type="checkbox"/>					

7. Nelle ultime 2 settimane, quante volte in media la difficoltà a respirare ha limitato la sua capacità di fare quello che desiderava?

Sempre	Parecchie volte al giorno	Almeno 1 volta al giorno	3 o più volte alla settimana	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Nelle ultime 2 settimane, quanto le ha dato fastidio la difficoltà a respirare?
Mi ha dato ...

Estremamente fastidio	Molto fastidio	Moderatamente fastidio	Poco fastidio	Per niente fastidio	Non ho avuto difficoltà a respirare
<input type="checkbox"/>					

9. Nelle ultime 2 settimane, quante volte in media è stato/a costretto/a a dormire su una sedia o con almeno tre cuscini dietro la schiena a causa della difficoltà a respirare?

Ogni notte	3 o più volte alla settimana ma non ogni giorno	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I sintomi di scompenso cardiaco possono peggiorare per varie ragioni. In che misura è sicuro/a di sapere cosa fare o chi chiamare, se i suoi sintomi peggiorano?

Per niente sicuro/a	Non molto sicuro/a	Abbastanza sicuro/a	Quasi del tutto sicuro/a	Completamente sicuro/a
<input type="checkbox"/>				

11. Quanto le è chiaro cosa può fare affinché i suoi sintomi di scompenso cardiaco non peggiorino (per esempio: pesarsi, mangiare con poco sale nella dieta, ecc.)?

Per niente chiaro	Non molto chiaro	Abbastanza chiaro	Quasi del tutto chiaro	Completamente chiaro
<input type="checkbox"/>				

12. Nelle ultime 2 settimane, quanto lo scompenso cardiaco ha limitato il suo piacere di vivere?

Ha limitato estremamente il mio piacere di vivere	Ha limitato molto il mio piacere di vivere	Ha limitato moderatamente il mio piacere di vivere	Ha limitato poco il mio piacere di vivere	Non ha limitato per niente il mio piacere di vivere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Come si sentirebbe se sapesse di dover passare il resto della sua vita con lo scompenso cardiaco al livello in cui è adesso?

Per niente soddisfatto/a	Per lo più soddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Quasi del tutto soddisfatto/a	Completamente soddisfatto/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso si è sentito/a scoraggiato/a o giù di morale a causa dello scompenso cardiaco?

Mi sono sempre sentito/a così <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così spesso <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così qualche volta <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così raramente <input type="checkbox"/>	Non mi sono mai sentito/a così <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---

15. In che misura lo scompenso cardiaco influisce sul suo stile di vita? Per cortesia, indichi quanto lo scompenso cardiaco può aver limitato la sua partecipazione alle seguenti attività nelle ultime 2 settimane.

Faccia una X su una casella per ciascuna riga

Attività	Estremamente limitato	Molto limitato	Moderatamente limitato	Poco limitato	Per niente limitato	Non è il mio caso o non l'ho fatto per altre ragioni
Passatempo, attività di svago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavorare o fare dei lavori in casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare a trovare amici o familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni intime con la persona amata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1992-2000 John Spertus, MD, MPH. Italian translation by Dr. Daniela Miani for the Heart Failure Group (M.C. Albanese, C. Fresco, D. Gregori, L. Pilotto, P. Rozbowski). f:/institut/cultadap/project/cvt1627/question/italian/final/kccqitaq.doc-29/032002.

Allegato 4 – Questionario di Gradimento



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Mestre



INIZIALI NOME E COGNOME:

DATA:

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

- 1. Rispetto al giorno della dimissione, sente di avere maggiore consapevolezza della sua patologia dopo questo percorso?**
 - molta di più
 - abbastanza
 - invariato
 - poco di più
 - per niente

- 2. Durante questo percorso si è sentito/a supportato?**
 - molto
 - abbastanza
 - invariato
 - poco
 - per niente

- 3. Ha ritenuto utile avere un supporto infermieristico e medico in seguito alla dimissione per gestire al meglio la sua patologia?**
 - molto
 - abbastanza
 - invariato
 - poco
 - per niente

- 4. Secondo lei/lui quanto è importante la continuità assistenziale nel rientro a casa dopo il ricovero?**
 - molto
 - abbastanza
 - indifferente
 - poco
 - per niente

- 5. Ha avuto difficoltà con l'utilizzo della tecnologia per fare le videochiamate?**
 - molto
 - abbastanza
 - indifferente

- poco
- per niente

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679). DATI AUTORIZZATI PER LA TESI SULLA TELEMEDICINA DI BUGIN LETIZIA (3^ ANNO INFERMIERISTICA)

Coordinatore Aziendale delle attività formative: Dott.ssa Chiara Rizzo Azienda U.L.S.S. 3 Serenissima Piazzale San Lorenzo Giustiniani 11/E, 30174 Venezia-Mestre Tel: +39.041.260.7148 Mail: chiara.rizzo@unipd.it; chiara.rizzo@aulss3.veneto.it	Presidente: Prof. Vincenzo Baldo Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica Via L. Loredan, 18, 35128 Padova Tel: +39.049.827.5381 Mail: vincenzo.baldo@unipd.it
--	---