



COLLEGI IPASVI D'ABRUZZO  
(CHIETI-L'AQUILA-PESCARA-TERAMO)

*L'evoluzione del  
"nursing" italiano  
negli ultimi 150 anni*



**AVEZZANO 7-8 OTTOBRE**  
**CASTELLO ORSINI - COLONNA**  
(Presidente: Prof. Loreto Lancia)

## **Self-care nel Paziente con Scompenso Cardiaco: Studio Comparativo tra Ambulatorio per lo Scompenso, Day Hospital Cardiologico e Ambulatorio Generale di Cardiologia**

**VELLONE E, COCCHIERI A, CASSITTA GAR, CANGIANO S, MATTEI L, D'AGOSTINO F, ANTONETTI G, ALVARO R.**

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

### **1. Introduzione**

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica nel mondo. La sua prevalenza varia dallo 0.4 al 2.4% nelle popolazioni Europee e degli Stati Uniti (Mosterd et al., 1999; Davis et al., 2002; Goldbeck & Melches, 2005) ed è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, per l'alta sopravvivenza dopo un evento coronarico acuto e per la migliore efficacia della prevenzione secondaria sui soggetti già affetti da SC (Remme et al., 2005; Dickstein, 2008). La mortalità a 4 anni per SC è del 50% (Remme et al., 2005; Ministero della Salute, 2007; Dickstein, 2008).

Il self-care è stato definito come un processo cognitivo attivo, mediante il quale la persona compie delle decisioni e mette in atto strategie per mantenere o riacquistare la propria salute ed il proprio benessere o per gestire la propria malattia e i suoi disturbi (Orem, 2001). Per la conduzione di questo studio è stata adottata la definizione di Dickson e Riegel (2008), secondo cui il self-care nello SC è un processo di decisione naturalistica che ha lo scopo di mantenere lo stato di salute (self-care maintenance) e di gestire i sintomi quando questi si presentano (self-care management). Tutto il processo del self-care è anche influenzato dalla sicurezza con cui il paziente riesce a mantenere e gestire la salute (self-care confidence).

Il self-care rappresenta una pratica importante per le persone con SC (Dickson et al., 2008) e comprende l'aderenza a strategie specifiche come, per esempio, la dieta iposodica, la restrizione dei liquidi assunti, il monitoraggio del peso. E' stato dimostrato che un basso self-care causa un aggravamento dello SC con frequenti accessi al pronto soccorso e ricoveri ripetuti (Chin & Goldman, 1997; Tsuyuki et al., 2001; Fonarow et al., 2008, Grady, 2008; Zambroski, 2008). Più del 50% dei ricoveri per SC potrebbe essere evitato se i pazienti praticassero un efficace self-care (Ghali et al., 1988; Bennett et al., 1998; Michalsen et al., 1998; Dickson et al., 2008; Riegel et al., in press).

I pazienti affetti da SC in Italia sono assistiti principalmente in Ambulatori per lo Scompenso, Day Hospital Cardiologici e l'Ambulatori Generali di Cardiologia. Conoscere i livelli di self-care dei pazienti assistiti in questi contesti, potrebbe essere utile per guidare specifici interventi assistenziali ed educativi.

#### **1.1 Scopi dello studio.**

1. Descrivere e comparare i livelli di self-care dei pazienti con SC assistiti in Ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco (ASC), Ambulatorio Generale di Cardiologia

(AGC) e Day Hospital di Cardiologia (DHC);

2. Valutare l'esistenza di correlazioni significative tra self-care e comorbidità, stato cognitivo, autonomia funzionale e qualità di vita, nei pazienti con SC assistiti in ASC, AGC e DHC.

## 2. Metodo

### 2.1 Disegno

Il disegno di studio è stato descrittivo correlazionale.

### 2.2 Strumenti

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Questionario socio-demografico; Self-Care of Heart Failure Index versione 6.2 (SCFHI v. 6.2): questo strumento è suddiviso in tre scale che misurano la self-care maintenance, il self-care management e la self-care confidence. Il punteggio può andare da 0 a 100: punteggi più alti equivalgono ad alti livelli di self-care. Inoltre sono stati utilizzati: il Charlson Comorbidity Index (CCI), il Mini Mental State Examination (MMSE), il Barthel Index (BI) ed il Minnesota Living with Heart Failure (MLHF).

### 2.3 Campione

È stato arruolato un campione di convenienza di 150 soggetti provenienti dai tre contesti assistenziali dello studio. Per essere inclusi nello studio i pazienti dovevano essere maggiorenni e con anamnesi negativa per sindrome coronarica acuta negli ultimi 3 mesi.

### 2.4 Analisi statistica.

Per descrivere le caratteristiche socio demografiche ed i punteggi ottenuti alle tre scale, sono stati utilizzati indici di tendenza centrale e di dispersione. Per valutare le differenze nei punteggi del SCHFI v. 6.2 nei tre contesti assistenziali è stato utilizzato il test ANOVA. Per le correlazioni tra il SCHFI v.6.2 e le altre scale è stato utilizzato l'r di Spearman.

## 3. Risultati

### 3.1. Descrizione del campione

Hanno partecipato allo studio un totale di 150 pazienti. La Tabella 1 mostra le caratteristiche socio demografiche del campione. Più della metà del campione era composto da uomini. Il livello di istruzione era basso ed erano rappresentate tutte le classi NYHA. I valori medi di Frazione di Eiezione erano del 41,3%.

Tabella I. Caratteristiche socio demografiche e cliniche del campione

Variabili	
Genere	Maschi
	Femmine
Età	
Istruzione	Scuola Elem
	Scuola Med
	Scuola Prof
	Scuola Sup
Laurea	
Stato Civile	Single
	Sposati
	Divorziati
	Vedovi
Lavoro	Impiegati
	Disoccupati
Classe NYHA	I
	II
	III
	IV
Frazione di Eiezione	



ambulatorio per  
diologia

e comorbidità, stato co-  
m SC assistiti in ASC,

anografico; Self-Care  
mento è suddiviso in  
management e la self-  
siti alti equivalgono ad  
Comorbidity Index  
Index (BI) ed il Min-

provenienti dai tre set-  
pazienti dovevano es-  
rica acuta negli ultimi

ggi ottenuti alle varie  
sione. Per valutare le  
ziali è stato utilizzato  
cale è stato utilizzato

lla 1 mostra le carat-  
campione era com-  
presentate tutte e 4 le  
1,3%.

mpione (N=150)

VELLONE E, COCCHIERI A, CASSITTA GAR, CANGIANO S, MATTEI L, D'AGOSTINO F, ANTONETTI G, ALVARO R.

Variabili	Media	SD	Range	N(%)
<b>Genere</b>				
Maschi				81 (54.0)
Femmine				69 (46.0)
<b>Età</b>	73.68	10.33	29-90	
<b>Istruzione</b>				
Scuola Elementare				81 (54.0)
Scuola Media				36 (24.0)
Scuola Professionale				8 (5.3)
Scuola Superiore				17 (11.3)
Laurea				8 (5.3)
<b>Stato Civile</b>				
Single				11 (7.3)
Sposati				85 (56.7)
Divorziati				8 (5.3)
Vedovi				46 (30.7)
<b>Lavoro</b>				
Impiegati				16 (10.7)
Disoccupati o pensionati				134 (89.3)
<b>Classe NYHA</b>				
I				5 (3.3)
II				61 (40.7)
III				61 (40.7)
IV				23 (15.3)
<b>Frazione di Eiezione</b>	41.31	10.97	20-70	

### 3.2 Livelli di Self-care nei tre setting assistenziali

Nella Figura 1 sono riportati i livelli di self-care suddivisi per le tre scale del SCHFI v.6.2. Confrontando i tre contesti assistenziali è emerso che nell'ASC i livelli di self-care erano significativamente più alti rispetto agli altri due contesti ( $p < 0.05$ ).

■ SCHFIMaintenance ■ SCHFIManagement ■ SCHFIConfidence

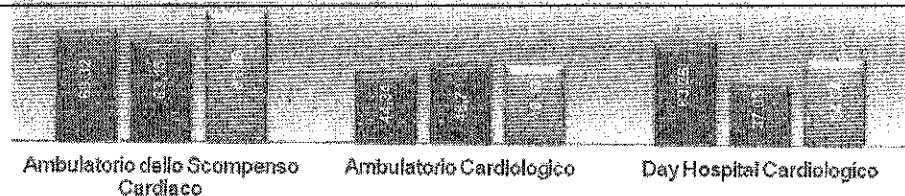


Figura 1. Punteggi del SCHFI v.6.2 suddivisi per setting di studi

### 3.3 Variabili correlate al self-care

Per quanto riguarda la Self-care maintenance (tabella 2) sono state osservate correlazioni significative con il MMSE ed il BI nel DHC ma non per l'ASC e AGC. In quest'ultimo è invece emersa una correlazione con il MLHF.

	Ambulatorio Scompenso Cardiaco	Ambulatorio Cardiologico	Day Hospital Cardiologico	Totale
CCI	-0,07	0,07	-0,12	-0,03
MMSE	0,25	-0,00	0,45**	0,17*
BI	0,26	0,27	0,29*	0,31**
MLHF	-0,32*	-0,29	0,07	-0,03

Nota: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01

Tabella 2. Correlazione con la Self-care maintenance

Il self-care management (tabella 3) era correlato con il MMSE ed il BI nell'AGC e nel DHC ma non nell'ASC. Infine, la self-care confidence (tabella 4) si correlava con il MMSE, il BI ed il MLHF nell'AGC e nel DHC.

	Ambulatorio Scompenso Cardiaco	Ambulatorio Cardiologico	Day Hospital Cardiologico	Totale
CCI	0,13	-0,14	0,20	0,16
MMSE	0,00	0,55**	0,54**	0,48**
BI	-0,4	0,58**	0,14	0,35**
MLHF	0,02	-0,15	0,27	-0,16

Nota: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01

Tabella 3. Correlazione con la Self-care management

	Ambulatorio Scompenso Cardiaco	Ambulatorio Cardiologico	Day Hospital Cardiologico	Totale
CCI	0,11	-0,11*	-0,18	0,05
MMSE	0,17	0,24	0,53**	0,38**
BI	0,05	0,40**	0,36*	0,32**
MLHF	-0,22	-0,16	-0,16	-0,14

Tabella 4. Correlazione con la Self-care confidence

Nota: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01

### 4. Discussione

Lo scopo dello studio è stato quello di descrivere e comparare i livelli di self-care delle pazienti con SC assistite nei diversi setting presi in esame. Tale studio ha permesso di stabilire, nonostante il limite della numerosità campionaria, delle diffe-

renze nei livelli di self-care che i pazienti assistite nei diversi setting di self-care significativamente. Per quanto riguarda il self-care management, i pazienti portavano in modo significativo il self-care management cognitivo e il self-care management SCHFI v.6.2 nell'ASC e nel DHC, mentre solo nell'ASC

### 5. Conclusioni

Sulla base dei risultati ottenuti, si può affermare che i pazienti con SC che i pazienti ricevono

### Bibliografia

- Bennett, S.J., Huster, G. "Prevalence and prediction of the precipitants of heart failure". *Am J Public Health* 1988; 78: 168-174.
- Chin, M.H., & Goldman, D. "Heart failure: a public health problem". *Am J Public Health* 1990; 80: 1100-1104.
- Davis, R.C., Hobbs, F.D. "Left ventricular systolic dysfunction: a longitudinal study". *Br J Cardiol* 1980; 11: 200-204.
- Dickson, V.V., J.A. Deaton. "Heart failure in the non-elderly". *Eur J Cardiol* 1985; 35: 11-15.
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A.L., Filippatos, G., et al. "ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute heart failure. Developed by the European Society of Cardiology. Document endorsed by the European Association of Cardiovascular Imaging and the European Association of Nuclear Medicine". *Eur J Heart Fail* 2007; 9: 296-304.
- Fonarow, G.C., Abraham, W.T., Al-Khatib, A.M., et al. "Factors identified as predictors of mortality and morbidity in patients hospitalized with heart failure: results from OPTIMIZE-HF". *Circulation* 2008; 118: 1025-1033.
- Ghali, J.K., Kadakia, S., et al. "Heart failure: traits among the elderly". *Am J Geriatr Cardiol* 2005; 16(8): 19-23.
- Goldbeck, L., & Melchior, J. "Life Res, 2005; 14(8): 19-23".
- Grady, K.L. "Self-care in heart failure". *Am J Geriatr Cardiol* 2003; 14(3): 285-292.
- Michalsen, A., König, G., et al. "Self-care in heart failure with decompensated heart failure". *Ministero della Salute* 2007.
- Mosterd, A., Hoes, A.W., et al. "Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the elderly". *Am J Geriatr Cardiol* 2005; 16(8): 19-23.

errio per

osservate corre-  
ASC e AGC. In

Totale
-0,03
0,17*
0,31**
-0,03

BI nell'AGC e  
si correlava con

Totale
0,16
0,48**
0,35**
-0,16

Totale
0,05
0,38**
0,32**
-0,14

ali di self-care  
studio ha per-  
ria, delle diffe-

VELLONE E, COCCHEERI A, CASSITA GAR, CANGIANO S, MATTEI L, D'AGOSTINO F, ANTONETTI G, ALVARO R.

renze nei livelli di self-care a seconda dei contesti di assistenza. Soprattutto è da notare che i pazienti assistiti in un ambiente specifico per lo SC avevano livelli di self-care significativamente più alti rispetto agli altri due ambiti di cura.

Per quanto riguarda le correlazioni, abbiamo osservato che queste ultime non si comportavano in modo omogeneo nei tre contesti studiati: la comorbidità, il deterioramento cognitivo e l'autonomia funzionale si correlavano significativamente con il SCHFI v.6.2 nell'AGC e nel DHC, mentre la qualità di vita si correlava con il self-care solo nell'ASC.

### 5. Conclusioni

Sulla base dei risultati dello studio appare importante che le cure infermieristiche per i pazienti con SC debbano essere differenziate a seconda della tipologia di assistenza che i pazienti ricevono.

### Bibliografia

Bennett, S.J., Huster, G.A., Baker, S.L., Milgrom, L.B., Kirchgassner, A., Birt, J., et al. "Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation". *Am J Crit Care*, 1998; 7(3), 168-174.

Chin, M.H., & Goldman, L. "Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure". *Am J Public Health*. 1997; 87(4), 643-648.

Davis, R.C., Hobbs, F.D., Kenkre, J.E., Roslfe, A.K., Hare, R., Lancashire, R.J., et al. "Prevalence of left ventricular systolic dysfunction and heart failure in high risk patients: community based epidemiological study". *Bmj*, 2002; 325(7373), 1156.

Dickson, V.V., J.A. Deatrck, J.A., & Riegel, B. "A typology of heart failure self-care management in non-elders". *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2008; 7(3), 171-81.

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A. et al. "ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)". *Eur Heart J*, 2008; 29(19), 2388-2442.

Fonarow, G.C., Abraham, W.T., Albert, N.M., Stough, W.G., Gheorghiu, M., Greenberg, B.H., et al. "Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF". *Arch Intern Med*. 2008; 168(8), 847-854.

Ghali, J.K., Kadakia, S., Cooper, R., & Ferlinz, J. "Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks". *Arch Intern Med*, 1988; 148(9), 2013-2016.

Goldbeck, L., & Melches, J. "Quality of life in families of children with congenital heart disease". *Qual Life Res*, 2005; 14(8), 1915-1924.

Grady, K.L. "Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients". *J Cardiovasc Nurs*, 2008; 23(3), 285-292.

Michalsen, A., Konig, G., & Thimme, W. "Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure". *Heart*, 1998; 80(5), 437-441.

Ministero della Salute. "Analisi dei ricoveri per insufficienza cardiaca in Italia anni 2001 - 2003". 2007.

Mosterd, A., Hoes, A.W., de Bruyne, M.C., Deckers, J.W., Linker, D.T., Hofman, A., et al. "Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study". *Eur*



Heart J. 1999; 20(6), 447-455.

Ortiz, D., Nursing: concepts of practice, St Louis: Mosby, London, 2001.

Remme, W.J., McMurray, J.J., Rauch, B., Zannad, F., Keukelaar, K., Cohen-Solal, A., et al. "Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE". Eur Heart J, 2005; 26(22), 2413-2421.

Riegel, B., Lee, C.S., & Dickson, V.V. "Self care in patients with chronic heart failure". Nature Cardiology Reviews, in press.

Riegel, B., Lee, C.S., Dickson, V.V., & Carlson, B. "An update on the self-care of heart failure index". J Cardiovasc Nurs, 2009; 24(6), 485-497.

Tsuyuki, R.T., McKelvie, R.S., Arnold, J.M., Avezum, A., Barretto, A.C., Carvalho, A.C., et al. "Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations". Arch Intern Med, 2001; 161(19), 2337-2342.

Valla, R., Baccichetto, R., Barro, S., Calderan, A., Carbonieri, E., Chinellato, M., et al. "Heart failure in Eastern Veneto: prevalence, hospitalization rate, adherence to guidelines and social costs". Monaldi Arch Chest Dis, 2006; 66(1), 63-74.

Zambroski, C. "Self-care at the end of life in patients with heart failure". J Cardiovasc Nurs, 2008; 23(3), 266-276.

Applicazione di  
all'interno di u

TOCCACELI A\*,  
\*AOU "Ospedali R  
\*\* Università degli

## 1. INTRODUZ

L'assistenza inf  
cesso di nursing  
clinica per l'indi  
nificazione della  
di autocura dim  
percorsi definiti  
sibilità di pianif  
stenza erogata. L  
funzionali di M  
quella NOC per  
plessità sempre  
a carattere cron  
un quadro di crit  
Attraverso il pre  
zione di un soft  
nizzazione e sug  
National Databa  
Nursing Associa  
Lo studio è stato

## 2. REVISIONE

Attraverso la con  
è stato estratto il  
della letteratura i

### 2.1 Linguaggio t

Il linguaggio GN  
una pianificazio  
(McCloskey Dec  
don, 2009; NAN  
rantisce di esere  
aumentare la qua  
stica, di educare  
una struttura già p