

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE TRANSIZIONI  
DI CURA DALL'OSPEDALE AL DOMICILIO NEL  
PAZIENTE CON INSUFFICIENZA CARDIACA**

Relatore: Prof.ssa Veronese Mayra

Laureando: Shakhrya Svitlana  
(matricola n°: 1207068)

Anno accademico 2021-2022



## ABSTRACT

**Introduzione:** L'insufficienza cardiaca è una patologia cronica ed invalidante che riduce la qualità e le aspettative di vita ed è associata ad un alto tasso di ri-ospedalizzazione, di mortalità e di morbilità. Le attuali evidenze scientifiche affermano che, sebbene il trattamento farmacologico abbia un ruolo di rilievo, appare sempre più importante l'aspetto assistenziale. La continuità delle cure è diventata un pilastro fondamentale del sistema sanitario per rispondere al profondo cambiamento demografico ed economico e permettere di affrontare efficacemente il problema dell'insufficienza cardiaca rafforzando nel contempo l'azione dei servizi sanitari presenti sul territorio.

**Obiettivo:** delineare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza di continuità delle cure analizzando i mezzi e le strategie di cui può servirsi per prevenire le ri-ospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita delle persone con insufficienza cardiaca, in un'ottica sia terapeutica che di efficientamento del sistema sanitario.

**Metodologia:** è stata fatta una revisione della letteratura mediante la consultazione di più banche dati riferendosi agli studi pubblicati negli ultimi dieci anni (2012-2022), selezionando campioni di popolazione con età non inferiore ai 65 anni e articoli, in italiano o in inglese, che promuovessero interventi al domicilio della persona.

**Risultati principali:** la ricerca ha restituito un totale di 4617 risultati, i quali sono stati analizzati secondo criteri di inclusione ed esclusione. Sono stati selezionati 20 articoli e 2 Linee Guida. I principali interventi descritti negli studi sono: le visite domiciliari, il telemonitoraggio, l'educazione terapeutica, la riconciliazione dei farmaci, le visite cliniche ambulatoriali, le strategie motivazionali e il *coaching*.

**Discussione e conclusioni:** la revisione mostra come la totalità degli interventi infermieristici svolti nell'ambito della transizione delle cure contribuiscono al miglioramento della qualità della vita ed assicurano l'adesione al trattamento, riducendo gli accessi per riacutizzazione della patologia e quindi i costi sanitari.

**Parole chiave:** *heart failure, transitional care, continuity of care, chronic illness, quality of life, empathy, medication adherence.*



## ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

ACC	American College of Cardiology
AHA	American Heart Association
ARNI	Inibitori del recettore dell'angiotensina e della neprilisina
BMI	Body Mass Index
BPCO	Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva
CCM	Continuous Care Model
CIC	Cardiomiopatia Ischemica Cronica
CVD	Cardiovascular Diseases
DM	Diabete Mellito
ESC	Società Europea di Cardiologia
FEVS	Frazione d'Eiezione del Ventricolo sinistro
HF	Heart Failure
HFmrEF	Heart Failure with midrange Ejection Fraction
HFpEF	Heart Failure with preserved Ejection Fraction
HFrEF	Heart Failure with reduced Ejection Fraction
HFSA	Heart Failure Society of America
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IA	Ipertensione Arteriosa
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
LVEDV	Left Ventricular End-Diastolic Volume
LVEF	Left Ventricular Ejection Fraction
NYHA	New York Heart Association
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
QoL	Quality of Life
SGLT-2	Sodium Glucose cotransporter
WHO	World Health Organization

## INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO .....	5
1.1. Le malattie croniche .....	5
1.2. La definizione di insufficienza cardiaca.....	7
1.3. Inquadramento epidemiologico .....	9
1.4. Eziologia e sintomatologia .....	10
1.5. Trattamento .....	12
1.6. Prognosi.....	13
1.7. Ri-ospedalizzazioni .....	14
1.8. Ruolo assistenziale del caregiver .....	14
1.9. Transizioni delle cure .....	16
CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI.....	19
2.1. Obiettivo .....	19
2.2. Metodologia adottata .....	19
2.3. Strategie di ricerca e criteri di selezione.....	19
CAPITOLO 3 - RISULTATI.....	23
3.1. Metodologie e interventi di assistenza .....	23
3.2. L'influenza delle percezioni .....	29
3.3. Gli effetti principali dell'operato dell'infermiere.....	30
CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE.....	33
4.1. Riflessioni inerenti al ruolo dell'infermiere .....	35
4.2. Ulteriori spunti per ricerche future .....	37
CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI .....	39
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATO 1 - SCHEDATURA DEL MATERIALE BIBLIOGRAFICO	



## INTRODUZIONE

L'insufficienza cardiaca (HF) detta anche scompenso cardiaco è una malattia debilitante ed in generale una conseguenza di altre malattie cardiovascolari (CVD). Le CVD sono il principale onere sanitario nel mondo essendo motivo frequente di ospedalizzazione nei soggetti di età superiore ai 65 anni. Si consideri ad esempio che il costo annuale del trattamento dell'insufficienza cardiaca negli Stati Uniti è stato pari a 43,6 miliardi di dollari nel solo anno 2020 (Kamalinezhad et al., 2022). Uno studio ha evidenziato che il 29-47% dei pazienti vengono riammessi entro tre/sei mesi dalla dimissione iniziale e incredibilmente il 50% di queste riammissioni sarebbe prevenibile (Kamalinezhad et al., 2022).

I pazienti con HF sperimentano spesso episodi di esacerbazione, ricoveri ospedalieri multipli (De Souza et al., 2014; You et al., 2020) in particolare tra gli adulti e alta mortalità. Gli effetti clinici immediati e a lungo termine dello HF comprendono la disfunzione ventricolare sinistra che contribuisce alla significativa riduzione della gittata cardiaca, responsabile di sintomi debilitanti come dispnea, irrequietezza, affaticamento e debolezza. Ancora più importante, l'HF ha un impatto significativo sullo stato fisico ed emotivo dell'individuo dato che aumenta il disagio psicologico influenzandone negativamente l'umore. Psicologicamente i pazienti con HF sperimentano sentimenti di incertezza e paura dovuti al fatto che le loro condizioni possono cambiare rapidamente, a volte con una sensazione di morte imminente. Dal punto di vista sociale, i pazienti con HF si sentono isolati e di "peso" per chi li assiste poiché spesso richiedono aiuto nella vita quotidiana (Wong et al., 2016). L'HF porta, quindi, ad una compromissione significativa della QoL, il cui miglioramento si traduce in minori ricoveri ospedalieri e mortalità. Durante il periodo di transizione, inoltre, i pazienti devono adattare i loro comportamenti al fine di mettere in atto nuove e impegnative tecniche di autogestione senza il supporto e la sorveglianza continua degli operatori muovendosi, nel contempo, in un sistema sanitario alquanto complesso (Sevilla-Cazes et al., 2018).

Nella realtà attuale del nostro paese, un paziente con HF dimesso dall'ospedale in caso di necessità può entrare in contatto con diverse figure professionali (il medico di medicina generale, lo specialista ambulatoriale, l'ambulatorio ospedaliero, lo specialista cardiologo). Esse in generale offrono una consulenza, spesso nemmeno



fornita al momento del bisogno reale, ma dopo un'attesa di giorni, settimane o persino di mesi. Si innesca così un ciclo non virtuoso che con il tempo porta i pazienti a diventare dipendenti dal contesto ospedaliero. Questa dipendenza può intervallare periodi di stabilità clinica ed apparente benessere a fasi d'instabilità con il riacutizzarsi della malattia. Da questa realtà scaturisce il binomio: continuità assistenziale/infermiere esperto. La figura infermieristica è oggi riconosciuta come centrale nella cura e nella gestione del percorso di continuità assistenziale del paziente con HF. Gli interventi educativi dopo la dimissione sono universalmente riconosciuti come uno dei sistemi più efficaci per migliorare le capacità e i comportamenti di autocura tra i pazienti con HF nonché perfezionare la prognosi e ridurre i tassi di riammissione in ospedale (Toukhsati et al., 2019).

È nata così l'esigenza personale di approfondire i percorsi educativi e assistenziali volti a garantire un approccio integrato al paziente con insufficienza cardiaca.

## CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO

### 1.1. Le malattie croniche

I mutamenti demografici e sociali, i progressi della medicina e la necessità di dare risposte efficienti alle crescenti domande di servizi rivolti alla salute dei cittadini hanno modificato gli scenari assistenziali, spostando l'asse delle cure da patologie acute a croniche. Nel corso degli ultimi decenni, la maggior parte dei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha registrato ampi incrementi della speranza di vita, grazie alle migliori condizioni di vita, agli interventi sul sistema sanitario pubblico e ai progressi compiuti dalla medicina.

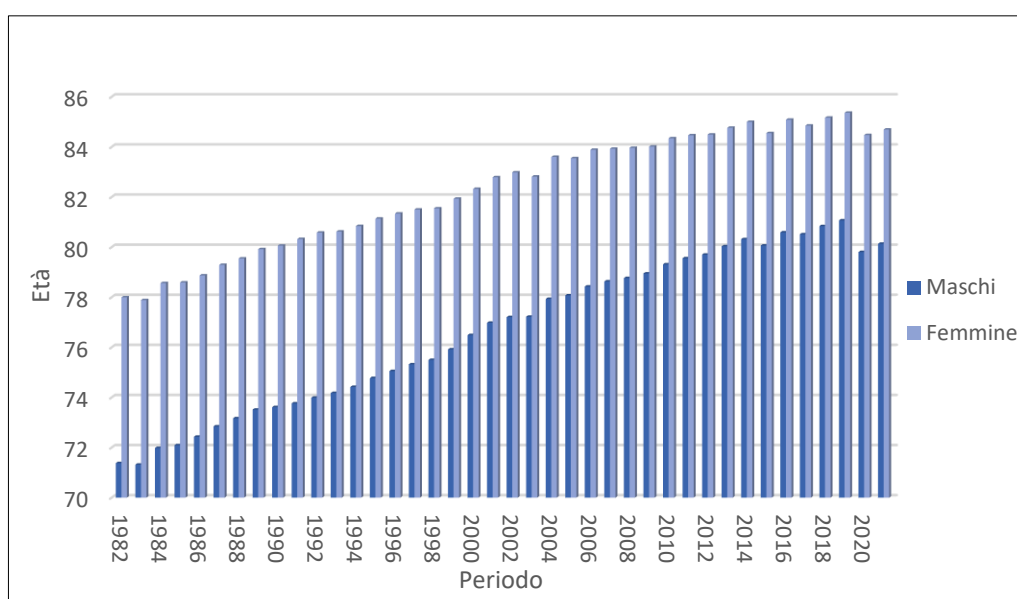


Figura 1. Speranza di vita alla nascita in Italia (ricavato da dati I.Stat)

La speranza di vita alla nascita in Italia (Figura 1) si attesta a quasi 85,3 anni per le donne e 81,1 per gli uomini considerando i valori nel 2019 pre-pandemia (ISTAT, 2021): circa due anni in più rispetto al valore medio di 81 anni dei 34 paesi dell'OCSE (OECD, 2021). Prendendo come riferimento i dati del 2019 in Italia circa 7 milioni di persone di età superiore ai 65 anni presentano multi-morbilità<sup>1</sup>, riferendo almeno tre patologie croniche. Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica. La percentuale maggiore di popolazione

<sup>1</sup> Si definisce morbilità il numero dei casi di malattia registrati durante un dato periodo di tempo in rapporto al numero complessivo delle persone prese in esame.

affetta da malattie croniche si riscontra tra gli anziani, in cui le malattie croniche stanno diventando le principali determinanti dello stato di salute e le maggiori cause di mortalità nel mondo, pari al 60% di tutti i decessi (WHO, 2022).

Analizzando i dati della *World Health Organization* (WHO) relativi al 2019 riportati graficamente in Figura 2 si nota come, delle prime dieci cause di morte per entrambi i sessi e tutte le età in Italia, nove siano costituite da malattie croniche. Il WHO ha stimato che le malattie croniche portano alla morte circa 41 milioni di persone all'anno (considerando una popolazione statistica di tutte le età); questo dato corrisponde al 71% di tutti i decessi a livello globale.

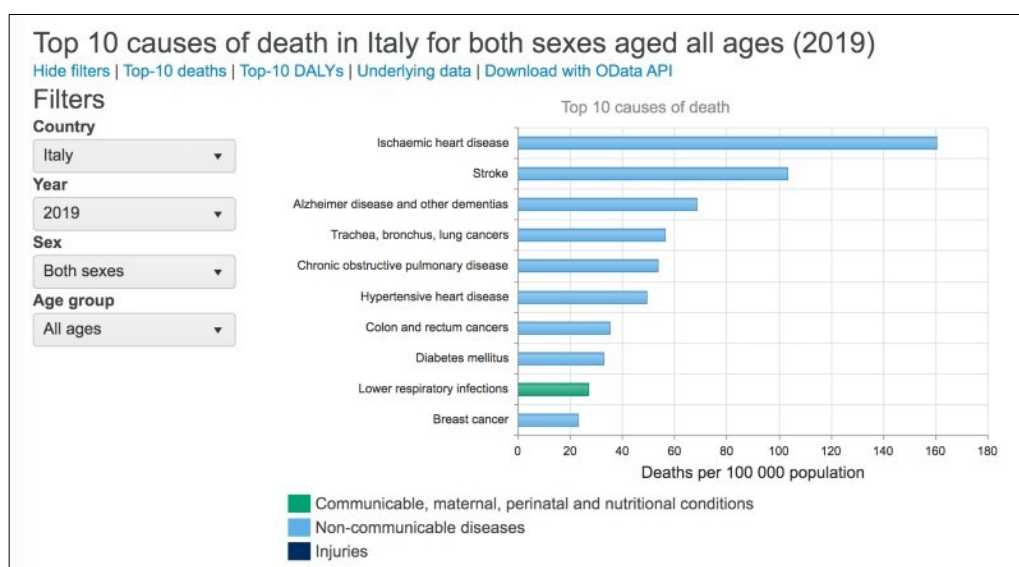


Figura 2. Prime 10 cause di morte in Italia (tratta da WHO)

Dalla classifica (Figura 2) si evince che la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia. L'insufficienza cardiaca oggi nel mondo occidentale è una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità della vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse mediche. Nel mondo si contano circa 64 milioni di persone con questa patologia. In Italia essa interessa oltre un milione di persone con circa 90000 nuovi casi all'anno (Savarese et al., 2022).

Si comprende quindi come la cronicità sia il nuovo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono imparare a confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili.

## 1.2. La definizione di insufficienza cardiaca

L'insufficienza cardiaca, in accordo con le Linee Guida ESC 2021 della Società Europea di Cardiologia sulla insufficienza cardiaca acuta e cronica (McDonagh et al., 2022), si definisce come una sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici (dispnea, astenia) accompagnati o meno da segni specifici (turgore giugulare, crepitii polmonari, edemi periferici). Essa è dovuta ad una anomalia strutturale e/o funzionale del cuore che provoca pressioni intracardiache elevate e/o gittata cardiaca inadeguata a riposo e/o durante uno sforzo fisico. Tale definizione è quindi applicabile solo alla fase di malattia in cui l'insufficienza cardiaca sia clinicamente manifesta.

Secondo le Linee Guida ESC 2021 si classifica l'HF sulla base della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro (FEVS). Si distinguono quindi tre gruppi:

- $FEVS \leq 40\%$ : frazione d'eiezione ridotta (HFrEF)
- $41\% \leq FEVS \leq 49\%$ : frazione d'eiezione lievemente ridotta (HFmrEF)
- $FEVS \geq 50\%$ : frazione d'eiezione conservata (HFpEF)

Tuttavia, recenti e autorevoli revisioni di letteratura hanno suggerito un superamento del concetto di frazione d'eiezione nella classificazione della HF, dato che l'HF è una sindrome eterogenea in cui la progressione della malattia è associata a un'evoluzione dinamica di cambiamenti cardiaci funzionali e strutturali che portano a traiettorie patologiche diverse e creano uno spettro di fenotipi con sovrapposizioni e caratteristiche distinte (Triposkiadis et al., 2019).

Anche se abitualmente la valutazione funzionale della gravità della HF viene fatta attraverso la classificazione NYHA della *New York Heart Association* (Tabella I), esiste una classificazione ACCF/AHA della *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association* (Heidenreich et al., 2022), che tiene in considerazione anche la fase pre-clinica e associa la presenza di cambiamenti strutturali a quella dei sintomi (Tabella II).

*Tabella I* Classificazione NYHA

<b>CLASSE</b>	<b>GRAVITA' DEI SINTOMI E ATTIVITA' FISICA</b>
I	Nessuna limitazione dell'attività fisica. L'attività fisica ordinaria non provoca dispnea, palpitazioni o affaticamento eccessivi.
II	Leggera limitazione dell'attività fisica. Assenza di sintomi a riposo ma l'attività fisica ordinaria risulta in dispnea, palpitazioni o affaticamento eccessivi.
III	Marcata limitazione dell'attività fisica. Assenza di sintomi a riposo ma un'attività fisica all'ordinario provoca dispnea, palpitazioni o affaticamento eccessivi.
IV	Incapacità di svolgere qualsiasi attività senza manifestare disturbi. Possono essere presenti sintomi a riposo. Se intrapresa una qualsiasi attività fisica i disturbi aumentano.

*Tabella II* Classificazione ACCF/AHA

<b>STADIO</b>	<b>CAMBIAMENTI STRUTTURALI E SINTOMI</b>
A	Ad alto rischio per lo sviluppo di insufficienza cardiaca, ma senza patologie cardiaca strutturale o sintomi.
B	Patologia cardiaca strutturale ma senza segni o sintomi di insufficienza cardiaca.
C	Patologia cardiaca strutturale con sintomi correnti o pregressi di insufficienza cardiaca.
D	Insufficienza cardiaca refrattaria, che richiede interventi specialistici.

### 1.3. Inquadramento epidemiologico

Nei paesi sviluppati, l'incidenza<sup>2</sup> dell'insufficienza cardiaca è diminuita, presumibilmente riflettendo una migliore gestione della malattia cardiovascolare, ma a causa dell'invecchiamento, l'incidenza complessiva è in aumento (Conrad et al., 2018). Attualmente l'incidenza dell'insufficienza cardiaca in Europa è di circa 3 casi ogni 1000 anni persona se si considerano tutte le fasce di età o di circa 5 casi ogni 1000 anni persona limitandosi agli adulti (Meyer et al., 2015). La prevalenza<sup>3</sup> dell'insufficienza cardiaca sembra essere dell'1-2% negli adulti (Conrad et al., 2018).

L'insufficienza cardiaca è la diagnosi più comune per il ricovero ospedaliero nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni nei paesi ad alto reddito. Ogni anno negli USA si registrano circa 1 milione di ricoveri ospedalieri per insufficienza cardiaca e un numero simile in Europa. Poiché gli studi di solito includono solo casi di insufficienza cardiaca riconosciuti/diagnosticati, è probabile che la vera prevalenza sia maggiore. La prevalenza aumenta con l'età, dall'1% nei soggetti con meno di 55 anni a oltre il 10% nelle persone di età pari o superiore a 70 anni. Più del 50% dei pazienti con HF sono donne (McDonagh et al., 2022). L'incidenza varia anche in base alla razza e al sesso, essendo maggiore nelle persone di colore (Afro-Americani) rispetto ai bianchi (ispanici, tasso più basso tra gli individui Cinesi-Americani) (Ziaieian et al., 2014). L'incidenza e la prevalenza della HF sono elevate nei pazienti anziani obesi; l'obesità rappresenta un fattore di rischio per l'ipertensione arteriosa (IA) e la malattia coronarica, agendo negativamente sulla struttura e sulla funzione ventricolare (Lavie et al., 2013). Nonostante i recenti progressi nella terapia medica i pazienti con HF hanno comunemente una QoL ridotta che è correlata all'aumento della ri-ospedalizzazione e all'aumento della mortalità (Rechenberg et al., 2020).

Secondo i dati del registro dell'*American Heart Association (AHA) for Projections*, la prevalenza dell'insufficienza cardiaca aumenterà del 46% tra il 2012 e il 2030, mentre i pazienti con insufficienza cardiaca di età inferiore ai 65 anni aumenteranno con un rischio da 6 a 9 volte maggiore di subire una morte cardiaca improvvisa rispetto a quello della popolazione generale (Mozaffarian D et al., 2015).

---

<sup>2</sup> In epidemiologia indica quanti nuovi casi di una malattia compaiono in un determinato tempo all'interno di una popolazione

<sup>3</sup> In epidemiologia è il rapporto fra il numero di persone malate in una popolazione in un certo istante e il numero totale degli individui della popolazione nello stesso istante

#### 1.4. Eziologia e sintomatologia

Le cause di danno miocardico sono numerose, ad esempio la cardiomiopatia ischemica cronica (CIC), l'IA e il diabete mellito (DM); meno frequentemente le cardiomiopatie, le patologie valvolari, le miocarditi ed altre infezioni, le tossine sistemiche e i farmaci cardiotossici (Tabella III) (McDonagh et al., 2022). Un elevato Body Mass Index (BMI), l'accumulo di grasso a livello addominale, elevati valori di glicemia e pressione arteriosa sistolica (PAS), un alterato rapporto tra Apo-lipoproteina B e A, il fumo di sigaretta aumentano il rischio di sviluppare HF. Inoltre spesso nel paziente anziano, l'eziologia è mista. Nei Paesi Occidentali CIC e Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) hanno un ruolo molto maggiore nel determinare l'insorgenza di HF rispetto ai Paesi in via di sviluppo, in cui tendono a prelevare l'IA, le cardiomiopatie acquisite (malattia di Chagas o cardiomiopatia HIV-correlata), le miocarditi e la malattie reumatica (Ziaean et al., 2014).

Tabella III Cause di insufficienza cardiaca (adattata da McDonagh et al., 2022)

CAUSE	ESEMPI DI PRESENTAZIONI
Malattia coronarica	Infarto miocardico angina o aritmie “angina-equivalente”
Ipertensione	Insufficienza cardiaca con funzione sistolica preservata ipertensione maligna/edema polmonare acuto
Malattia valvolare	Malattia valvolare primaria, ad es. stenosi aortica, malattia valvolare secondaria, ad es. rigurgito funzionale, malattia valvolare congenita
Aritmie	Tachiaritmie atriali, aritmie ventricolari
Cardiomiopatia ipertrofica	Tutti dilatati, ipertrofici restrittivi
Invettivo	Miocardite virale di Chagas, HIV
Infiltrativo	Sarcoidosi amiloide neoplastica
Malattia endomiocardica	Calcificazione infiltrativa
Metabolica	Malattie endocrine, nutrizionali, autoimmuni

Tabella IV Sintomi e segni tipici della insufficienza cardiaca

SINTOMI TIPICI	SEGNI CLINICI
Affanno	Pressione venosa giugulare elevata
Ortopnea	Reflusso epatogiugulare
Dispnea parossistica notturna	Terzo tono cardiaco (ritmo di galoppo)
Ridotta tolleranza all'esercizio	Impulso apicale spostato lateralmente
Stanchezza, aumento del tempo di recupero dopo l'esercizio	Rantoli polmonari
Gonfiore della caviglia	

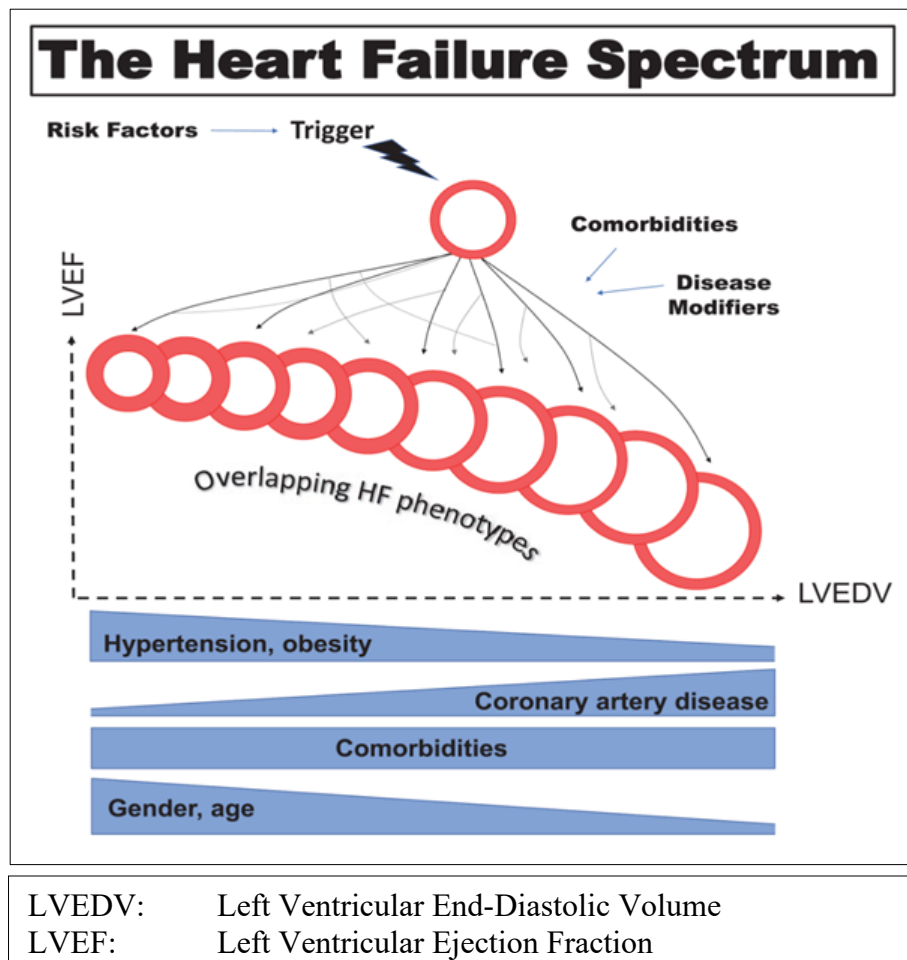


Figura 3. L'HF come spettro attraverso i fenotipi (Triposkiadis et al., 2019)



Secondo questi esperti (Figura 3. L'HF come spettro attraverso i fenotipi (Triposkiadis et al., 2019), ogni fenotipo di insufficienza cardiaca è il risultato di una traiettoria specifica del paziente in cui il cuore si rimodella verso l'ipertrofia concentrica, l'ipertrofia eccentrica o una combinazione entrambe.

L'inizio e il successivo percorso della traiettoria dipendono da:

1. fattori di rischio del paziente:

entità patologiche che precedono sempre lo sviluppo di insufficienza cardiaca

2. co-morbilità del paziente:

possono precedere o svilupparsi dopo insufficienza cardiaca e di solito coesistono con insufficienza cardiaca in gruppi di due o più (multi-morbilità)

3. modificatori della malattia:

caratteristiche specifiche del paziente che contribuiscono allo sviluppo del fenotipo iniziale e di progressione dell'insufficienza cardiaca.

### 1.5. Trattamento

I farmaci sono una parte fondamentale del trattamento dell'insufficienza cardiaca e l'adesione a regimi terapeutici è un comportamento chiave nella cura di sé (Ruppar, Copper, Mehr, Delgado, & Dunbar-Jacob, 2016). La scelta del farmaco dipende dalla tipologia di HF insieme alle caratteristiche individuali del paziente. La maggior parte degli studi si è focalizzata sulla insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione ridotta, con la scoperta di farmaci che possono incidere non solo sulla sintomatologia, ma anche sulla sopravvivenza. Per la insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione conservata, invece, l'approccio attualmente utilizzato è volto al controllo dei sintomi (Castaldo, 2020).

I farmaci che si hanno a disposizione si dividono in due gruppi a seconda della loro funzione: per il trattamento dei sintomi oppure per la gestione a lungo termine. Fanno parte del primo gruppo i diuretici, i nitrati e la digossina. Del secondo gruppo si annoverano gli ACE-inibitori e sartani, i  $\beta$ -bloccanti, gli antagonisti dell'aldosterone, la ivabradina, gli inibitori del recettore dell'angiotensina e della neprilisina (ARNI) e, come ultimi arrivati, gli inibitori del trasporto renale del glucosio (SGTL-2). Tutti questi farmaci danno benefici sui sintomi, sulla riduzione del numero dei ricoveri e sulla sopravvivenza. In base alla gravità possono essere necessarie diverse settimane di cura per rendere efficaci i dosaggi e possono manifestarsi effetti indesiderati che

devono sempre essere segnalati al medico curante, senza mai interrompere l'assunzione di un farmaco prima del suo consenso (Castaldo, 2020).

È inoltre essenziale che il paziente collabori attivamente alla cura perché dovrà adattare il proprio stile di vita ed imparare delle tecniche di autocontrollo dei sintomi. Grazie alle nozioni apprese durante la fase di educazione terapeutica, il paziente sarà in grado di monitorare quotidianamente il suo peso corporeo, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca. Il medico o l'infermiere dovranno essere tempestivamente informati nel caso di aumento dell'affanno, di aumento di due o più chili di peso in pochi giorni, di gambe gonfie, di capogiro, di tachicardia o di palpitazioni (Castaldo, 2020).

Ai pazienti con HF si raccomanda di partecipare ad un programma strutturato di riabilitazione cardiologica. Con l'esercizio si impara a gestire gli sforzi per migliorare la capacità fisica ed attenuarne i sintomi, senza ostacolare la maggior parte delle attività e continuare la vita attraverso una cura ed un programma di sostegno adeguato (Castaldo, 2020).

Considerando la soggettività e la specificità dei trattamenti farmacologici e riabilitativi, la terapia per l'insufficienza cardiaca è definita anche "terapia sartoriale". Si evince quindi che il ruolo dell'infermiere nella continuità delle cure per i pazienti con HF è centrale, in quanto figura formata in modo multidisciplinare in grado di seguire individualmente il paziente nella specificità della sua terapia.

## **1.6. Prognosi**

La capacità di formulare una prognosi esatta per i pazienti con HF è notevolmente migliorata rispetto ad alcuni decenni fa dopo le prime pubblicazione di studi sul trattamento della malattia. Tuttavia la previsione sul decorso e sull'esito di un determinato quadro clinico rimane scarsa e anche la qualità della vita del paziente non è molto migliorata negli anni (Tsao et al., 2018). Dopo la diagnosi iniziale, i pazienti con HF vengono ricoverati in ospedale in media una volta all'anno (Savarese & Lund, 2017). Le possibilità di sopravvivenza dipendono da quanto grave è la condizione e dallo stato di salute generale del paziente. Circa il 50% dei pazienti vive più di dieci anni ma, nei casi di insufficienza grave, la metà di chi ne soffre non sopravvive oltre i due anni. Il trattamento serve a migliorare le condizioni di vita del paziente, ma non arresta la malattia; in generale a lungo andare le condizioni di salute peggiorano e le

opzioni di trattamento si riducono. A causa della crescita della popolazione, dell'invecchiamento e della crescente prevalenza di co-morbilità, il numero assoluto di ricoveri ospedalieri per HF è destinato ad aumentare considerevolmente, forse fino al 50% nei prossimi 25 anni. La morte improvvisa inoltre non è una opzione rara (Savarese & Lund, 2017).

### **1.7. Ri-ospedalizzazioni**

Secondo uno studio del 2014, quasi il 25% dei pazienti ricoverati in ospedale con insufficienza cardiaca viene riammesso entro 30 giorni (Feltner et al., 2014). I ricoveri ricorrenti gravano sia sui pazienti che sul sistema sanitario. Per i primi sono chiaramente associati a una ridotta qualità della vita e in qualche modo sono un indicatore del rischio di morte. Per il sistema sanitario dei paesi sviluppati esse sono un onere importante contribuendo per il 70-80% sul costo totale dell'assistenza HF. Il periodo successivo alle dimissioni dall'ospedale rappresenta il momento di maggiore vulnerabilità per il paziente che è a rischio di deterioramento clinico. Il rischio giornaliero di riammissione e morte nel mese successivo al ricovero per HF è rispettivamente dello 0,7% e dello 0,2% (Van Spall et al., 2017).

Secondo il rapporto annuale sulla attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute (Dati SDO, 2019), l'insufficienza cardiaca è la prima causa di ricovero per malattie non chirurgiche: 165426 dimissioni con una degenza media di 9,4 giorni, un totale di 1551264 giornate di degenza. Il tasso di ospedalizzazione è di gran lunga superiore a quello di tutte le altre malattie croniche: 301,12 per 100.000 abitanti nei pazienti maggiorenni e 994,67 per 100.000 abitanti negli over 65, con ampie variabilità regionali che documentano una notevole eterogeneità della presa in carico territoriale.

### **1.8. Ruolo assistenziale del caregiver**

I progressi nelle terapie per l'insufficienza cardiaca hanno migliorato la mortalità generale, i sintomi fisici e il disagio psicologico associato alla sindrome, alla scarsa qualità della vita dei pazienti e dei loro *caregiver* (Sevilla-Cazes et al., 2018).

L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica con una varietà di sintomi diversi. I pazienti con HF sono generalmente anziani con multi-morbilità. Essere un *caregiver* è un compito complesso che consiste nella gestione dell'assistenza e del trattamento, nel monitoraggio della malattia e nell'essere un supporto emotivo; richiede inoltre di saper muoversi nel sistema sanitario per lunghi periodi. Tuttavia, pochi studi hanno

indagato le percezioni dei parenti prossimi sulla continuità delle cure in relazione all'insufficienza cardiaca. Si evidenzia lo studio di Malin-Ostman (2019) volto a descrivere come venga percepita la continuità assistenziale dai famigliari dediti a prendersi cura dei pazienti con insufficienza cardiaca.

La terapia non farmacologica del paziente HF ha un ruolo fondamentale, spesso non adeguatamente valorizzato, per la gestione della malattia nel lungo periodo al fine di ridurre le riacutizzazioni della patologia e di aumentare la consapevolezza sulla malattia, strumenti questi ultimi necessari per una l'ottimizzazione delle cure. L'insufficienza cardiaca, come molte altre patologie croniche, necessita per un trattamento ottimale, l'affiancamento di terapie farmacologiche e nutrizionali/comportamentali che prevedono l'educazione e la formazione del paziente e del *caregiver* come individuato anche nelle più recenti Linee Guida (McDonagh et al., 2022). Il primo punto di partenza per garantire un'ottima alleanza terapeutica al fine di ottimizzare i risultati delle cure è quello di rendere consapevoli della malattia paziente, familiari e *caregiver*. La consapevolezza della malattia è necessaria per far comprendere al paziente ed al suo entourage le possibilità di gestione della patologia cronica nella migliore direzione. Inconsapevolezza, non adeguata comprensione del significato della patologia delle opzioni e modalità di trattamento, sono fattori che limitano i risultati terapeutici del trattamento. Le evidenze in merito agli effetti di interventi sulla consapevolezza e sulla capacità di auto(co)gestione nei pazienti con insufficienza cardiaca sono molto limitate; tuttavia esistono dati favorevoli che indicano un minore tasso di ri-ospedalizzazioni, mortalità e miglioramento della qualità di vita (QoL).

Il *caregiver* è una persona che si occupa in modo informale della cura, del supporto e della vicinanza, che è partecipe dell'esperienza di malattia del malato e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona, anche sostenendolo sul piano emotivo. Potrebbe essere un familiare, un amico, un confidente, un infermiere o un assistente personale: dipende tutto dalle esigenze della persona cara di cui si prende cura (Bodini et al., 2022). Il *caregiver* dovrà essere in grado di effettuare una serie di attività per garantire una adeguata assistenza al paziente. Sono compiti del *caregiver*:

- rilevare disagi, sintomi, malori del paziente da comunicare puntualmente all'équipe multi-professionale

- gestire e somministrare le terapie
- gestire i bisogni del malato: la mobilizzazione, l'alimentazione, l'igiene, ecc.
- notare evoluzioni e cambiamenti nel comportamento del paziente
- avvertire il medico o l'infermiere in caso di emergenza

Nell'ambito dell'assistenza che viene fornita a pazienti e *caregiver*, gli interventi formativi ed educativi sono sempre più preponderanti. Generalmente, infatti, egli non è preparato a fornire al proprio familiare le cure necessarie con continuità poiché privo delle opportune competenze mediche o assistenziali.

### **1.9. Transizioni delle cure**

L'insufficienza cardiaca è una condizione che influenza la vita e che causa nel tempo esigenze di assistenza variabili con rischi di frammentazione assistenziale. Gli infermieri svolgono un ruolo importante nella cura dei pazienti con insufficienza cardiaca. Tuttavia, le esperienze di continuità assistenziale degli infermieri sembrano essere meno esplorate in questo contesto (Östman et al., 2021).

Per descrivere gli interventi di gestione della malattia rivolti alle popolazioni che passano da un ambiente di cura ad un altro si usa comunemente l'espressione "interventi di cura di transizione". Essi mirano ad evitare scarsi risultati causati da cure non coordinate, come le riammissioni prevenibili. Sebbene non esista formalmente un chiaro insieme di componenti che definiscano gli "interventi di cura di transizione", possiamo ritenere che essi si concentrino sull'educazione del paziente o del caregiver, sulla riconciliazione dei farmaci e sul coordinamento tra i professionisti sanitari coinvolti nella transizione (Feltner et al., 2014). Una possibile definizione è stata suggerita da Randmaa e rispettivi collaboratori (Randmaa et al., 2014); essi affermano che per *transitional care* applicato all'infermieristica si intende il ruolo dell'infermiere specializzato, e quindi adeguatamente formato, nella transazione/continuità delle cure da un contesto di cura (ambulatoriali di base, specialistiche ospedaliere, assistenza primaria, assistenza a lungo degenza, riabilitazione e assistenza domiciliare) ad un altro. Ognuno di questi spostamenti, da una specialità ad un'altra o al domicilio è definito transazione di cura.

Una rete strutturata di cure intermedie e domiciliari che sostengano paziente e familiari potrà ridurre il numero di re-ricoveri (Iavarone, 2016). Una gestione efficace

della cronicità include la continuità degli interventi di cura con l'obiettivo di collegare e coordinare l'assistenza tra pazienti e operatori sanitari nel tempo e negli ambienti.

La continuità delle cure si attua quando gli eventi sanitari sono vissuti dai pazienti come interconnessi e coerenti con i loro complessi bisogni di cura. Essa si compone di tre dimensioni di continuità: relazionale (una relazione paziente-operatore sanitario nel tempo), informativa (l'effettivo trasferimento e utilizzo delle informazioni personali passate e attuali dei pazienti) e gestionale (coordinamento coerente e tempestivo di cure e servizi) Questi tre assi sono strettamente correlati e dovrebbero essere tutti integrati da organizzazioni sanitarie efficaci (Facchinetti et al., 2020).

L'urgenza delle dimissioni ospedaliere, la scarsa capacità del territorio di sostenere una domiciliazione del paziente hanno portato ad individuare soluzioni intermedie all'ospedale per acuti con definizioni che indicano la peculiarità di questo tipo di cure, definite con termini anglosassoni, *intermediate care* o *transitional care*, ovvero: "Gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero della malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita" (Sabati C., 2018). Questa è la definizione adottata dalla British Geriatric Society nel 2002. Di fatto, il *transitional care* è l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente trasferito al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura (Parry et al., 2008).

I risultati dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria per i pazienti che subiscono una scarsa assistenza di transizione includono il ritorno al pronto soccorso o il ricovero in ospedale. Poiché la spesa sanitaria è sempre in aumento, i pazienti, gli operatori sanitari e i responsabili si concentrano sempre di più sulla limitazione dell'utilizzo delle risorse non necessarie, come quello sostenuto dai ricoveri prevenibili (Anderson & Marrs, 2018). Diversi approcci e interventi possono supportare un'efficace erogazione di una buona transizione dell'assistenza. Questi includono:

- La pianificazione delle dimissioni anticipate
- Le squadre multidisciplinari di dimissione
- Il supporto abitativo co-localizzato/integrato (all'interno delle squadre di dimissione) e supporto abitativo pratico basato sulla comunità

- Gli interventi di assistenza intermedia che facilitano la transizione, compresi i servizi di assistenza e riabilitazione

L'efficacia e il successo di questi approcci dipendono da fattori quali:

- Una cultura di collaborazione tra professionisti dell'assistenza e tra organizzazioni
- Una buona offerta di servizi di sostegno nella comunità compresi quelli abitativi
- La condivisione trasversale delle informazioni tra il personale sanitario
- L'autonomia e le risorse per innovare e migliorare i servizi
- La condivisione di informazioni e dati tra diverse entità assistenziali

Garantire la tempestività e minimizzare la durata delle cure in ospedale si traduce in:

- Una migliore esperienza di cura per i pazienti
- Un ridotto rischio di declino fisico e mentale nelle persone anziane associato alla permanenza di giorni extra in ospedale
- Un ridotto rischio di contrarre infezioni nosocomiali
- Nello spostamento della domanda da cure ospedaliere più costose a servizi basati sulla comunità
- Nel liberare capacità di cura per acuti e posti letto per pazienti gravemente malati

Transizioni tempestive e sicure dell'assistenza garantiscono che le persone ricevano il supporto di cui hanno bisogno nel posto giusto e al momento giusto, muovendosi rapidamente e senza interruzioni attraverso i servizi sanitari man mano che le loro esigenze cambiano. Le transizioni ben gestite garantiscono quindi la continuità delle cure ed evitano che si sperimentino cure frammentate e bisogni insoddisfatti mentre ci si muove attraverso il sistema sanitario e assistenziale (SCIE, 2020).

## CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI

### 2.1. Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è quello di individuare nella recente letteratura scientifica quali siano gli interventi e le strategie, nel contesto delle transizioni delle cure dall'ospedale al domicilio, di cui l'infermiere può avvalersi per prevenire la ri-ospedalizzazione e la mortalità delle persone con insufficienza cardiaca anche nell'ottica di migliorarne l'efficienza e ridurre i costi.

### 2.2. Metodologia adottata

Per lo sviluppo della ricerca bibliografica è stato utilizzato il metodo PIO con il seguente quesito:

“Quale è il ruolo e quali sono le strategie dell'infermiere nelle cure transitorie dall'ospedale al domicilio del paziente adulto con l'insufficienza cardiaca?”

Tabella V Quesito di ricerca secondo la metodologia PIO

P ( <i>patient</i> )	Paziente adulto con insufficienza cardiaca
I ( <i>intervention</i> )	Interventi e strategie infermieristiche nelle cure transitorie dall'ospedale a domicilio
O ( <i>outcome</i> )	Prevenire la ri-ospedalizzazione, la mortalità, migliorare l'efficienza delle cure transitorie e ridurre i costi

### 2.3. Strategie di ricerca e criteri di selezione

È stata condotta una ricerca bibliografica attraverso l'utilizzo delle banche dati PubMed, Cinahl e Scopus per ottenere informazioni utili ad approfondire il problema, selezionando gli articoli più pertinenti e con un potenziale interesse per lo svolgimento dell'argomento. La ricerca della letteratura è stata effettuata utilizzando le seguenti parole chiave: *heart failure, transitional care, continuity of care, chronic illness, empathy, medication adherence, quality of life*. I criteri di inclusione e di esclusione degli studi selezionati per la ricerca sono riportati nella tabella seguente (Tabella VI).



*Tabella VI* Criteri di inclusione e esclusione dei risultati

<b>CRITERI DI INCLUSIONE</b>	<b>CRITERI DI ESCLUSIONE</b>
<p>Periodo studi: dal 2012 al 2022.</p>	<p>Popolazione: pazienti ricoverati in ospedale, persone con insufficienza cardiaca non complianti con gli interventi.</p>
<p>Formato degli studi: full-text disponibili attraverso l'Auth-Proxy dell'ateneo.</p>	<p>Studi ancora in corso</p>
<p>Popolazione: persone con insufficienza cardiaca seguite dall'ospedale al domicilio con un'età a partire dai 65 anni.</p>	
<p>Intervento: applicabilità degli interventi infermieristici dall'ospedale al domicilio dell'utente, sistemi di efficienza delle risorse.</p>	
<p>Esiti: miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute, rapporto con la ri-ospedalizzazione, miglioramento della qualità della vita, percezione degli infermieri o dei pazienti e riduzione dei costi.</p>	

Sono state individuate tre stringhe di ricerca che hanno prodotto risultati sufficienti per la revisione di letteratura sul tema (Tabella VII).

*Tabella VII* Stringhe di ricerca

<b>STRINGA 1</b>		
((((("Continuity of Patient Care"[Mesh]) OR "Transitional Care"[Mesh]) OR "Empathy"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) AND "Heart Failure"[Mesh])		
BANCA DATI	RISULTATI	SELEZIONE
PubMed	623	14
<b>STRINGA 2</b>		
Heart failure AND continuity of care		
BANCA DATI	RISULTATI	SELEZIONE
Cinahl	16	2
<b>STRINGA 3</b>		
(nurse AND intervention OR nurse AND strategies AND readmission AND heart AND failure AND primary AND care)		
BANCA DATI	RISULTATI	SELEZIONE
Scopus	24	4

Su un totale di 4617 articoli sono stati applicati i criteri di inclusione sopra citati filtrando 663 articoli, di questi 643 sono stati eliminati perché ritenuti non pertinenti con le ipotesi e gli argomenti della tesi. I 20 articoli rimasti sono stati analizzati full text, in modo così suddiviso:

- 4 revisioni sistematiche della lettura
- 8 RCT
- 7 studi trasversali
- 1 studio-controllo

Sono state inoltre selezionate due Linee Guida: una internazionale NICE (NICE, 2019) e una europea ESC 2021 (McDonagh et al., 2022).

Nell'ALLEGATO 1 viene riportata la schedatura del materiale bibliografico con evidenziati i concetti salienti per ciascun articolo analizzato. Per lo svolgimento della tesi si è utilizzato il programma “Mendeley” che ha permesso di organizzare e catalogare i vari articoli nonché di creare le corrette citazioni e i riferimenti bibliografici.

## CAPITOLO 3 - RISULTATI

Dall'analisi degli articoli selezionati (si veda ALLEGATO 1) e delle due Linee Guida precedentemente citate, sono emersi diversi elementi fondamentali nelle transizioni di cura dall'ospedale al domicilio nel paziente con insufficienza cardiaca.

Come si vedrà nella maggior parte di essi il ruolo dell'infermiere è di fondamentale importanza.

### 3.1. Metodologie e interventi di assistenza

In letteratura esistono diverse metodiche di cura e di assistenza dirette e indirette.

Le Linee Guida ESC 2021 (McDonagh et al., 2022) e NICE (NICE, 2019) hanno evidenziato che mentre non vi sono prove di efficacia che gli interventi non farmacologici da soli migliorino la mortalità e la morbilità o la qualità della vita, l'unica eccezione è data dall'implementazione di un approccio clinico assistenziale in un quadro di tipo multidisciplinare insieme al monitoraggio clinico e ad un dettagliato programma di esercizio fisico.

Rispetto all'approccio multidisciplinare le Linee Guida hanno quindi prodotto la seguente raccomandazione: si raccomanda che i pazienti con insufficienza cardiaca siano arruolati in un programma multidisciplinare di gestione delle cure per ridurre il rischio di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca e mortalità.

In Tabella VIII viene mostrato lo schema proposto.

*Tabella VIII* Schema ESC 2021

CARATTERISTICHE
Dovrebbe essere impiegato un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di cardiologi, medici di medicina generale, infermieri, farmacisti, fisioterapisti, dietisti, assistenti sociali, chirurghi, psicologi, ecc.)
Il servizio dovrebbe essere rivolto a pazienti sintomatici ad alto rischio
Dovrebbe essere incluso personale adeguatamente formato, competente e professionale
Gestione ottimizzata di dispositivi medici

<b>CARATTERISTICHE</b>
Adeguate educazione del paziente, con particolare enfasi sull'aderenza e sulla preparazione alla self care
Coinvolgimento del paziente nel monitoraggio dei sintomi e dell'uso dei diuretici
Follow-up dopo la dimissione (programmazione di visite domiciliari e/o ambulatoriali con possibile supporto telefonico o monitoraggio remoto)
Maggiore accesso all'assistenza sanitaria (tramite follow-up e tramite contatto telefonico; possibilmente tramite monitoraggio remoto)
Accesso facilitato alle cure durante gli episodi di de-compensazione
Valutazione di (e interventi appropriati in risposta) un inspiegabile: cambiamento di peso, stato nutrizionale, stato funzionale, qualità della vita, o risultati di laboratorio
Accesso a opzioni di trattamento avanzate.
Fornitura di supporto psicosociale a pazienti e familiari e/o caregivers.

Le visite infermieristiche domiciliari (*nurse home visits*):

quasi in tutti gli studi è presente un programma di visite a domicilio del paziente, volte principalmente ad educare il paziente all'automonitoraggio ed all'autogestione, nonché a riconciliare ed ottimizzare la terapia (Agvall et al., 2013; Baecker et al., 2020; Cajanding, 2016; Feldman et al., 2021; Feltner et al., 2014; Kamalinezhad et al., 2022; Nakahara-Melo et al., 2021; Ortiz-Bautista et al., 2019; Ruppar et al., 2016; Stewart et al., 2015; Thomas et al., 2018; Tsuchihashi-Makaya et al., 2013; Van Spall et al., 2017; Vedel & Khanassov, 2015). Le visite domiciliari sono generalmente strutturate secondo una frequenza settimanale/bisettimanale come negli studi di (Feltner et al., 2014; Thomas et al., 2018; Vedel & Khanassov, 2015) o mensile come ad esempio nello studio svedese di Agvall et al.(2013). La durata degli studi è in media è di 1 anno; il più breve (di 6 mesi) è stato di Thomas et al.(2018), mentre lo studio più lungo di 5 anni è stato condotto da Stewart et

al.(2015). Una meta-analisi secondo Van Spall et al.(2017) ha concluso che sia le cliniche di gestione della malattia che le visite a domicilio degli infermieri hanno ridotto la mortalità per tutte le cause rispetto alle cure abituali; le visite a domicilio sono le più efficaci. Secondo due studi (Ruppar et al., 2016; Vedel & Khanassov, 2015) gli interventi di autogestione e automonitoraggio nei pazienti con HF migliorano i risultati nonostante l'eterogeneità nell'intensità, nel contenuto e nel personale che effettua gli interventi. Come afferma Thomas et al.(2018) gli interventi nelle visite domiciliari sono associati ad una rilevante diminuzione di tutte le cause di mortalità nel periodo tra i 6 e 12 mesi e alla riduzione delle riammissioni a 30 giorni. Dallo studio di Tsuchihashi-Makaya et al.(2013) emerge che la gestione domiciliare della malattia ha migliorato significativamente lo stato psicologico dei pazienti con insufficienza cardiaca con conseguente miglioramento della qualità della vita e riduzione delle riammissioni.

#### Il telemonitoraggio:

consente ai pazienti di fornire, da remoto, informazioni sanitarie per supportare ed ottimizzare le loro cure. Vengono utilizzate da parte del personale infermieristico delle telefonate pianificate volte al completamento di questionari standardizzati atti a confermare l'aderenza alla terapia, l'educazione, a gestire complicanze e a rispondere ad eventuali dubbi/domande. Tutte queste informazioni vengono archiviate in formato digitale accessibile facilmente per successive analisi. Il telemonitoraggio domiciliare può aiutare a mantenere la qualità delle cure, facilitare un rapido accesso alle stesse quando necessario, ridurre i costi di viaggio dei pazienti e la frequenza delle visite cliniche. Negli studi analizzati il telemonitoraggio aveva frequenze e metodiche diverse. Nello studio di Baecker et al., (2020) avveniva attraverso un contatto telefonico entro due giorni dalla dimissione. In quello di Lee et al., (2016) capitava entro sette giorni dalla dimissione. In quello di Facchinetti et al., (2020), quello di Tsuchihashi-Makaya et al., (2013) e quello di Agvall et al.,(2013) si procedeva con un follow-up telefonico una volta al mese fino a sei mesi dopo la dimissione. In quello di Kamalinezhad et al., (2022) attraverso un follow-up telefonico una volta a settimana dopo la dimissione. Per Thomas et al., (2018) si compiva con una visita mensile per telefono. Per Nakahara-Melo et al., (2021) avveniva attraverso dei contatti

telefonici a sette, a quattordici e a ventun giorni dalla dimissione. In quello di ARJUNAN & TRICHUR, (2021) si procedeva con un contatto telefonico una volta ogni due settimane per tre mesi e infine per You et al., (2020) con una telefonata dopo dodici settimane post dimissione da parte degli infermieri. Alcuni studi prevedevano anche l'integrazione con una visita a domicilio.

La “*mobile health*” è una metodica moderna di erogazione dell'assistenza sanitaria in rapida crescita e in allineamento con la digitalizzazione globale di vari settori.

#### L'educazione terapeutica:

la non aderenza terapeutica tra i pazienti con insufficienza cardiaca influenza negativamente gli esiti clinici e portando ad un aumento delle esacerbazioni, ad una ridotta funzionalità fisica e ad un rischio maggiore di ricovero ospedaliero e di morte (Ruppar et al., 2016). Secondo la revisione sistematica di Ruppar et al.(2016) migliorare l'aderenza ai farmaci riduce la riammissione in ospedale e la mortalità utilizzando le strategie di autogestione e di automonitoraggio. Per ottimizzare l'aderenza farmacologica è necessario semplificare gli schemi di terapia che devono essere chiari e in forma scritta ben comprensibile. Gli interventi infermieristici prevedevano che i pazienti auto-monitorassero il loro comportamento nell'assunzione dei farmaci attraverso un diario o mezzi digitali. Gli smartphone e le relative applicazioni sono infatti ottimi strumenti che possono offrire vantaggi per l'educazione, ricordare gli orari e tracciare l'aderenza ai trattamenti. Sicuramente non esiste uno strumento valido per tutti poiché il tipo e la modalità di comunicazione e comprensione dipende dalla singola persona e dal suo contesto sociale, economico e culturale. L'educazione per migliorare la cura di sé dovrebbe quindi essere adattata al singolo paziente.

Diversi studi (Agvall et al., 2013; ARJUNAN & TRICHUR, 2021; Cajanding, 2016; Kamalinezhad et al., 2022; Ortiz-Bautista et al., 2019; Stewart et al., 2015; You et al., 2020) esaminano l'efficacia di un programma educativo sull'insufficienza cardiaca guidato dall'infermiere e centrato sul paziente anziano in un'unità di riabilitazione cardiaca e/o al domicilio. Da questi si nota come l'educazione individualizzata abbia effetti rapidi sulla vitalità, sul comportamento sociale e sullo stato emotivo. Durante gli incontri formativi venivano affrontati diversi argomenti, tra i quali: cos'è l'insufficienza cardiaca, l'eziologia, i principali

segni e sintomi, i fattori scatenanti della malattia, l'importanza dell'aderenza farmacologica, le azioni di auto-cura (controllo del peso, restrizione idrica e salina, monitoraggio di edemi e dispnea) e l'importanza di rivolgersi ai servizi sanitari in caso di peggioramento dei sintomi.

Lo studio recente di Kamalinezhad (Kamalinezhad et al., 2022) ha esaminato l'impatto del modello di assistenza continua (CCM) sull'autoefficacia e sulla riammissione dei pazienti ricoverati con insufficienza cardiaca. I partecipanti erano 70 pazienti che sono stati inseriti in due gruppi, uno di controllo e uno di intervento, ciascuno formato da 35 persone. I pazienti del gruppo di controllo hanno ricevuto una cura tradizionale, mentre ai pazienti del gruppo di intervento è stato applicato il CCM (modello di assistenza continua) sotto forma di formazione individuale per 6 sessioni e poi tramite follow-up telefonico una volta alla settimana fino alla fine della dodicesima settimana. L'obiettivo era quello di sensibilizzare il paziente e il *caregiver* e di coinvolgerli nei comportamenti di cura continua. Le sezioni di formazione iniziavano 24 ore dopo il ricovero del paziente senza alcun vincolo del tempo con l'obiettivo primario di una corretta comprensione delle istruzioni offerte nella sessione stessa. Lo studio ha dimostrato che l'assistenza continua (CCM) consente ai pazienti di vivere più comodamente nel loro ambiente sociale, aumentando la loro capacità di autocura e autoefficacia e di conseguenza va ad incidere nella riduzione della riammissione dei pazienti in ospedale.

Due studi di (Nakahara-Melo et al., 2021; Vedel & Khanassov, 2015) affermano che gli interventi di cure transitorie devono includere: l'educazione dei pazienti prima della dimissione (sulla gestione dei farmaci, sulle strategie non farmacologiche e sulla gestione dei sintomi della malattia), un piano di dimissioni ospedaliere strutturato e individualizzato e una lettera inviata al medico di famiglia o al cardiologo. Tutte le informazioni sul paziente devono essere condivise tra i professionisti dell'equipe sanitaria. Secondo tali studi, le cure transitorie devono essere fornite da professionisti sanitari adeguatamente formati e i pazienti/caregiver devono ricevere una guida sulla gestione della sindrome, iniziata in ambito ospedaliero e proseguita in ambito domiciliare e ambulatoriale. Le cure transitorie devono, inoltre, includere interventi su visite domiciliari, combinate con contatto telefonico e/o follow-up clinico.



### La riconciliazione dei farmaci:

Nello studio di Van Spall et al.(2017) veniva valutata l'efficacia degli interventi dei farmacisti che includevano la riconciliazione e l'ottimizzazione dei farmaci nonché l'educazione del paziente quali: le istruzioni sulla cessazione del fumo, sulla dieta e sull'automonitoraggio della malattia. Gli interventi dei farmacisti prevedevano da tre a nove visite domiciliari da parte degli stessi (dopo 72 ore, 1 mese e a 3 mesi dalle dimissioni).

### Le visite cliniche ambulatoriali (*Disease Management Clinics*):

È ampiamente riconosciuto che, oltre all'ottimizzazione delle terapie mediche e dei dispositivi per l'insufficienza cardiaca, si dovrebbe prestare attenzione anche al modo in cui viene fornita l'assistenza per l'insufficienza cardiaca. L'HFA dell'ESC ha pubblicato diversi documenti di sintesi che riguardano la gestione non farmacologica, la pianificazione delle dimissioni e gli standard per l'erogazione dell'assistenza HF. Ha anche sottolineato la necessità di cardiologi e infermieri specializzati in insufficienza cardiaca per fornire assistenza. I programmi dettagliati si concentrano sulle aree in cui possono essere fornite raccomandazioni con un alto livello di evidenza: gestione del team multidisciplinare, consigli sullo stile di vita, allenamento fisico, follow-up e monitoraggio (McDonagh et al., 2022).

La terapia di supporto multidisciplinare offerta ai pazienti con malattia cronica mostra effetti positivi sui pazienti con HF. Nella revisione sistematica di Ruppert et al.(2016) si è evidenziato come il coinvolgimento di un team multidisciplinare costituito da infermieri, farmacisti, medici, dietisti, assistente sociale e case manager per promuovere una maggiore comprensione da parte del paziente della malattia e della cura di sé, oltre che garantire una maggiore interazione tra personale sanitario e familiari, porti ad una maggior efficacia del trattamento e così del benessere psicologico del paziente. Tutto ciò si traduce in un'assistenza individualizzata e mirata sul paziente.

Lo studio caso-controllo di Lee (Lee et al., 2016) e lo studio di Baecker (Baecker et al., 2020) affermano che negli adulti dimessi a casa dopo il ricovero in ospedale per HF, il follow-up ambulatoriale con un operatore sanitario di cardiologia o medicina generale entro 7 giorni è stato associato a una minore probabilità di riammissione a 30 giorni.

### Il coaching:

gli interventi che includono coach di transizione, istruzioni di dimissione incentrate sul paziente e la continuità dell'assistenza sanitaria si sono rivelati i più efficaci (Sevilla-Cazes et al., 2018). Gli studi di Baecker et al.(2020) e di Stewart et al.(2015) applicano, tra gli altri interventi di educazione del paziente, anche un programma di *coaching* telefonico, con l'obiettivo di incrementare la consapevolezza dei pazienti e a promuovere una maggiore assunzione di responsabilità nella gestione della loro salute, aiutandoli ad affrontare autonomamente le proprie condizioni piuttosto che ascoltare semplicemente cosa dovrebbero fare.

### Le strategie motivazionali:

è stato confermato che un colloquio specifico e strutturato da parte dell'infermiere atto a motivare la persona assistita al cambiamento delle abitudini e dei comportamenti è efficace come strategia per sostenere l'autoefficacia del paziente (Agvall et al., 2013).

## **3.2. L'influenza delle percezioni**

La percezione è quel processo che sulla base dell'esperienza e delle informazioni ricevute ci mette in grado di cogliere adeguatamente la realtà circostante. Anch'essa è un elemento descritto negli studi selezionati e viene categorizzata a seconda del soggetto di riferimento.

### Le percezioni degli infermieri:

Lo studio di Östman et al.(2021) indica che gli infermieri hanno un'ottima posizione per fungere da "hub" nella cura dei pazienti con insufficienza cardiaca, ma devono avere la possibilità di creare una rete di relazioni di fiducia con i loro colleghi, con il paziente e i suoi *caregivers*. Per promuovere la continuità delle cure per i pazienti con insufficienza cardiaca, gli infermieri hanno espresso la necessità di stabilire relazioni di fiducia in un'organizzazione che promuova un coordinamento senza soluzione di continuità.

### Le percezioni dei pazienti:

Lo studio trasversale di Sevilla-Cazes et al.(2018) attraverso interviste aperte e semi-strutturate su una popolazione di pazienti HF reclutata da due ospedali diversi, ha evidenziato incertezze dei pazienti sulle raccomandazioni ricevute dal personale

sanitario con la conseguente compromissione della loro competenza nella gestione dell'autocura. Ciò ha portato i pazienti ad una diminuzione dell'aderenza (ciclo di test "limite") ed in alcuni di essi si sono evidenziati sentimenti di disperazione e frustrazione (ciclo di test "disperazione"). Con il progredire di questi cicli e l'acuirsi di sintomi dolorosi, l'ospedale veniva considerato come luogo sicuro per il recupero e non più un elemento "negativo".

#### Le percezioni dei caregivers:

lo studio di Östman et al.(2019) ha analizzato le percezioni dei *caregivers* sulla continuità delle cure. Si evidenzia che la percezione del supporto fornito dagli operatori sanitari è fortemente associata alle esperienze durante il periodo di continuità assistenziale. I *caregivers* desiderano essere coinvolti nella cura ma non sentirsi responsabili, vogliono avere il controllo ma non diventare il traino della situazione, hanno bisogno di essere sostenuti e non trascurati e devono concentrarsi anche nell'avere una loro vita significativa e di qualità senza essere totalmente immersi nelle attività di assistenza. L'analisi afferma l'importanza di pianificare ed eseguire l'assistenza sanitaria in collaborazione con i pazienti e *caregivers* attraverso un supporto continuo agli stessi e processi decisionali condivisi.

### **3.3. Gli effetti principali dell'operato dell'infermiere**

Attraverso il suo operato l'infermiere agisce per migliorare alcuni aspetti.

#### Ri-ospedalizzazioni:

rispetto alle cure abituali, una combinazione di visite domiciliari da parte di un infermiere con altri tipi di follow-up (telefonico e/o clinico) o teleassistenza hanno ridotto significativamente le riammissioni per tutte le cause (Feltner et al., 2014; Kamalinezhad et al., 2022; Ortiz-Bautista et al., 2019; Stewart et al., 2015; Thomas et al., 2018; Tsuchihashi-Makaya et al., 2013; Van Spall et al., 2017; Vedel & Khanassov, 2015).

#### Qualità di vita:

i programmi di gestione multidisciplinari che prevedono le cure domiciliari hanno mostrato un miglioramento dello stato funzionale, della qualità della vita e della soddisfazione dei pazienti con HF. Lo studio di Cajanding (2016) riporta punteggi statisticamente significativi sul miglioramento della qualità della vita, dell'autostima e dell'umore per il gruppo di intervento rispetto ai partecipanti del

gruppo di controllo non trattati. Secondo vari studi (Ortiz-Bautista et al., 2019; Thomas et al., 2018; You et al., 2020) un semplice programma di intervento clinico guidato da infermieri per i pazienti con HF influisce quindi positivamente sulla prognosi dei pazienti e sulla qualità della vita percepita. In uno studio di Arjunan (ARJUNAN & TRICHUR, 2021) si percepisce l'influenza di un programma di riabilitazione cardiaca guidato da un infermiere che attraverso interventi di formazione, di assistenza e di consulenza infermieristica, ha migliorato la qualità della vita nei pazienti con HF.

#### Aspetto economico:

attraverso una analisi economica alcuni studi concludono che esiste in generale una migliore efficienza grazie alla riduzione dei costi dovuti a minori ri-ospedalizzazioni. Lo studio trasversale di Thomas et al.(2018) afferma che l'attuazione del programma *Grand-Aides*<sup>4</sup> che comprende le visite domiciliari da parte degli infermieri aveva prodotto un risparmio complessivo per ciascun *Grand-Aides* di 642347 dollari a fronte di una spesa di 80250 dollari garantendo quindi un ritorno d'investimento di 7 volte. Anche la revisione sistematica di Van Spall (2017) afferma che rispetto alle cure abituali, le visite domiciliari degli infermieri hanno ridotto i costi complessivi del sistema sanitario. Lo studio di You (2020) afferma che un'assistenza standard associata ad un programma guidato da un infermiere durante i primi 14 giorni dopo la dimissione è un approccio economico e sostenibile per la gestione dei pazienti con HF. In questo *case study* gli infermieri collezionavano informazioni per via telefonica sulle condizioni di salute dei pazienti e ne valutavano l'aderenza alla terapia farmacologica; essi inoltre fornivano feedback immediati su cosa fare nei passaggi successivi.

#### Mortalità:

dalla letteratura si denota che le visite domiciliari dell'infermiere e le visite cliniche ambulatoriali hanno ridotto significativamente la mortalità rispetto alle cure abituali, mentre gli interventi del farmacista, il telemonitoraggio e il coaching da soli non hanno ridotto significativamente la mortalità (Feltner et al., 2014; Ortiz-Bautista et al., 2019; Van Spall et al., 2017).

---

<sup>4</sup> Infermieri che effettuavano frequenti visite a domicilio sotto la direzione remota di un supervisore



## CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE

A partire dai primi anni '90 anche in Italia si è cominciato a parlare di transizione delle cure (dal termine inglese *transitional care*). *Transitional care* è un'espressione non facile da inquadrare per un uso corrente e a tutt'oggi non esiste una formalizzazione chiara di uno schema per la continuità delle cure mediche e infermieristiche, a pazienti dimessi dall'ospedale al proprio domicilio oppure verso altre specialità di cure.

Con questa revisione si è tentato di dare una più chiara interpretazione del ruolo dell'infermiere nelle transizioni di cura dall'ospedale al domicilio nel paziente con insufficienza cardiaca analizzando la diversa letteratura disponibile. A tal fine si sono evidenziati gli studi fatti sugli interventi e le strategie che l'infermiere può attuare per promuovere una migliore transizione delle cure che hanno come risultato il miglioramento della salute, della qualità di vita, la riduzione delle ri-ospedalizzazioni e di conseguenza dei costi sanitari.

Le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia ESC 2021 per ridurre le ospedalizzazioni e la mortalità raccomandano l'uso di programmi e modelli di cura multidisciplinare. Gli obiettivi di tale approccio sono quelli di consentire le indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici più appropriati, ma anche di garantire programmi adeguati di follow-up a lungo termine, utili ad aumentare l'aderenza terapeutica e uno stile di vita sano e corretto. Si è osservato che la presa in carico del paziente con HF da parte dell'infermiere esperto, colloca il paziente all'interno di un percorso assistenziale personalizzato, caratterizzato dalla continuità assistenziale necessaria per il controllo della progressione della malattia. La continuità assistenziale è di fondamentale importanza per garantire il mantenimento dello stato di salute del paziente.

L'infermiere quale membro di un team multidisciplinare si troverà ad affrontare nuove sfide di diverso carattere assistenziale, di pensare ad interventi e strategie di educazione terapeutica alla gestione dell'insufficienza cardiaca e di incoraggiare il coinvolgimento del paziente e dei *caregivers* per una migliore consapevolezza della malattia.

È stato dimostrato che un programma CCM di auto-cura, da parte di infermieri specializzati incentrato e individualizzato sul paziente e sui *caregivers*, debba essere

già attuato durante la dimissione favorendo la continuità delle cure dall'ospedale al domicilio. Questi programmi educativi devono saper dare una sensazione di supporto sia emotivo che sociale ai pazienti con HF, al fine di portarli ad una migliore accettazione del processo di trattamento terapeutico. L'accettazione della malattia e lo sviluppo di un senso di autoefficacia nella cura di sé portano ad una riduzione dei problemi fisici e mentali e conseguentemente a godere di una vita sociale migliore. Un chiaro impatto sulla riduzione delle ri-ospedalizzazioni si è notato a fronte di un programma di visite infermieristiche a domicilio volte principalmente ad educare il paziente all'autogestione e all'automonitoraggio e a riconciliare ed ottimizzare la terapia. Il programma domiciliare deve essere anche in grado di stabilire una interazione tra infermieri e pazienti consolidando una solida "alleanza terapeutica"; ciò si traduce in un miglioramento psicosociale e della QoL del paziente riducendo stress mentale e ansia. È essenziale personalizzare lo schema di assunzione della terapia fornendo quando necessario un diario dei farmaci e promuovere una attività fisica controllata e tranquilla. È indispensabile raccomandare il controllo quotidiano dei parametri vitali e del peso corporeo e la segnalazione immediata al medico cardiologo referente quando vi siano alterazione degli stessi troppo frequenti. È importante istruire il paziente consapevole sulla gestione autonoma del dosaggio dei diuretici. Un regime dietetico a introduzione controllata di sodio associato alla eliminazione totale degli alcolici dovrebbero far parte delle regole da fornire al paziente e ai *caregivers* così come un controllo della quantità di liquidi da introdurre quotidianamente soprattutto nei pazienti che necessitano di elevate dosi di diuretici.

Alcuni studi dimostrano l'importanza di una educazione mirata seguita da un team multidisciplinare costituito da un infermiere specializzato, un cardiologo, un dietista, un farmacista e un fisioterapista utilizzando per esempio un opuscolo che contiene informazioni sulla fisiopatologia della malattia, sulla dieta, sulla attività fisica, sullo stile di vita, sull'auto misurazione del peso corporeo, sull'autocontrollo del peggioramento e sui contatti in caso di emergenza. L'uso di materiale informativo cartaceo chiaro e colorato attira l'attenzione e rende la lettura più piacevole favorendone l'apprendimento. Tale ausilio dovrebbe essere utilizzato, in sede di discussione con il paziente in prima persona ed i suoi familiari, come mezzo per far loro comprendere l'importanza di fare propria la gestione della malattia.

Essenziale è il follow-up dopo la dimissione attraverso controlli ambulatoriali e/o misti ad un supporto telefonico o al telemonitoraggio, associato ad una pronta valutazione e una rapida risposta alle diverse situazioni quali: il cambiamento inspiegabile del peso, dello stato nutrizionale e di quello funzionale, della qualità della vita, dei problemi del sonno, dei problemi psicosociali e di tutte le variazioni dei parametri desumibili dagli esami diagnostici di controllo.

Un miglioramento delle cure per il paziente con insufficienza cardiaca si può ottenere se egli e le persone coinvolte si responsabilizzano. È indispensabile che il paziente, i familiari o in ogni caso i *caregivers* comprendano la gravità della patologia, imparino a percepire precocemente i sintomi e i segni di aggravamento ed imparino a monitorare quotidianamente la situazione clinica per evitare crolli di un equilibrio già così delicato. Questa revisione sottolinea come l'educazione terapeutica sia un processo essenziale per promuovere questa presa di responsabilità laddove l'infermiere gioca un ruolo chiave nella formazione atta a conseguire abilità e a promuovere modifiche dei comportamenti in modo duraturo e continuo nel tempo. L'infermiere deve avere la possibilità di creare un network di relazioni di fiducia con i colleghi, con il paziente e i *caregivers*. Risulta dunque molto importante individuare delle strategie per la realizzazione di un'adeguata aderenza al trattamento attraverso l'accertamento, considerando la soggettività di ogni persona e realizzando un piano di gestione personalizzato e non unicamente condizionato da abitudini e regole standard. Sarà così possibile creare prima di tutto una relazione e di conseguenza un'alleanza terapeutica che si consoliderà ulteriormente quando si sarà in grado di ridurre i sintomi. La formazione del paziente sui principi base dell'insufficienza cardiaca e sulla sua gestione svolge questo ruolo strategico in quanto gli consente di produrre una risposta adeguata alle difficoltà quotidiane e allo stesso tempo di migliorare lo stato di salute diminuendo il rischio di eventuali complicanze.

#### **4.1. Riflessioni inerenti al ruolo dell'infermiere**

Negli Stati Uniti d'America già negli anni '90 in risposta all'esigenza dei sistemi assicurativi sanitari privati e nazionali nasceva la figura dell'infermiere *case manager* che aveva come obiettivo l'identificazione dei profili di cura oltre i quali le assicurazioni non rimborsavano le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. L'infermiere *case manager* aveva quindi il compito di gestire in maniera



“manageriale” il paziente all’interno di un percorso clinico assistenziale standardizzato. Sulla base di queste tendenze sono nati anche in Italia dei programmi di *case management* con lo scopo primario di incrementare lo scambio di informazioni tra professionisti sanitari e paziente/famiglia e di promuovere l’educazione sanitaria. Contestualizzando questi concetti nella diagnosi e cura dell’insufficienza cardiaca sarebbe opportuna la presenza di una figura di un infermiere esperto che prende in carico il paziente scompensato ancor prima della dimissione, pianificando una assistenza personalizzata e rimodellabile a seconda dei cambiamenti del suo quadro di salute.

Un modo per unificare a livello nazionale le attività di continuità assistenziale per la tutela delle persone affette da malattie croniche è stato attuato attraverso la pubblicazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 2016), documento quest’ultimo condiviso da tutte le regioni italiane. L’obiettivo generale in relazione alla insufficienza cardiaca è la prevenzione delle riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate. Gli obiettivi specifici sono:

- Favorire la diffusione e la implementazione di Linee Guida e PDTA
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e infermieristico nella gestione della malattia
- Implementare l’uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

Al momento non tutte le regioni si sono attrezzate con piani regionali di cronicità ma emergono già sin da ora elementi ed esigenze comuni:

- La necessità di eliminare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio promuovendo la continuità assistenziale
- Il passare da una assistenza “reattiva” ad una “proattiva” grazie all'integrazione di interventi di follow-up alle consuete attività cliniche e assistenziali
- Una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e infermieristiche
- L'utilizzo di Linee Guida in grado di tener conto della co-morbilità e della complessità assistenziale
- L'integrazione socio-sanitaria e i team multi-professionali
- L'investimento sull'autogestione del paziente

Da quanto analizzato nei capitoli precedenti si comprende ora facilmente come il ruolo dell'infermiere nella continuità assistenziale sia un elemento essenziale per l'implementazione efficace del Piano Nazionale della Cronicità i cui risultati attesi nei prossimi anni sono l'aumento del numero di soggetti HF seguiti a domicilio e tramite teleassistenza.

#### **4.2. Ulteriori spunti per ricerche future**

Studi futuri dovrebbero prendere in considerazione il ruolo che avranno le strategie di monitoraggio remoto nell'HF dopo la pandemia COVID-19, quali siano i modelli ottimali per il follow-up di pazienti con HF stabile, lo sviluppo di migliori strategie per alleviare la congestione, compreso il monitoraggio della somministrazione di diuretici e/o per migliorare la perfusione d'organo.



## **CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI**

La presente revisione mostra come gli interventi infermieristici svolti nell'ambito della transizione delle cure per i pazienti con insufficienza cardiaca contribuiscano al miglioramento della qualità della vita degli stessi e ne assicurino l'adesione al trattamento, riducendo gli accessi per riacutizzazione della patologia e quindi i costi sanitari. L'infermiere detiene pertanto un ruolo fondamentale, nell'ambito dei riferimenti legislativi ed etici della sua professione, nella pianificazione del percorso assistenziale, nella cura ambulatoriale e specialmente domiciliare al fine di favorire quell'integrazione necessaria per garantire la migliore continuità delle cure dall'ospedale al domicilio.



## BIBLIOGRAFIA

- Agvall, B., Alehagen, U., & Dahlström, U. (2013). The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. *European Journal of Heart Failure*, 15(2), 228–236.
- Anderson, S. L., & Marrs, J. C. (2018). A Review of the Role of the Pharmacist in Heart Failure Transition of Care. *Advances in Therapy* (Vol. 35, Issue 3).
- ARJUNAN, P., & TRICHUR, R. V. (2021). The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Nursing Research*, 29(1), e130.
- Baecker, A., Meyers, M., Koyama, S., Taitano, M., Watson, H., Machado, M., & Nguyen, H. Q. (2020). Evaluation of a Transitional Care Program After Hospitalization for Heart Failure in an Integrated Health Care System. *JAMA Network Open*, 3(12), e2027410.
- Bodini, M., Cuocci, M., Malinverni, E., Marchetti, M., Marson, R., Massaglia, L., Montermini, M., Pellegatta, N., Il Caregiver: chi è e cosa fa. Carico assistenziale e Burden. Retrieved August 19, 2022.  
<https://www.fedcp.org/cure-palliative/domiciliari/caregiver>
- Cajanding, R. J. M. (2016). The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive–Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Applied Nursing Research*, 31, 86–93.
- Castaldo, P. (2020). Scompenso cardiaco cronico, quali farmaci?  
<https://www.cardiologiaoggi.com/scompenso-cardiaco-cronico-quali-farmaci/>
- Conrad, N., Judge, A., Tran, J., Mohseni, H., Hedgecott, D., Crespillo, A. P., Allison, M., Hemingway, H., Cleland, J. G., McMurray, J. J. v, & Rahimi, K. (2018). Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *The Lancet*, 391(10120), 572–580.
- De Souza, E. N., Rohde, L. E., Ruschel, K. B., Mussi, C. M., Beck-Da-silva, L., Biolo, A., Clausell, N., & Rabelo-Silva, E. R. (2014). A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: The HELEN-II clinical trial. *European Journal of Heart Failure*, 16(9).

- Facchinetti, G., D'Angelo, D., Piredda, M., Petitti, T., Matarese, M., Oliveti, A., & de Marinis, M. G. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 101).
- Feldman, S. F., Lesuffleur, T., Olié, V., Gastaldi-Ménager, C., Juillière, Y., & Tuppin, P. (2021). French annual national observational study of 2015 outpatient and inpatient healthcare utilization by approximately half a million patients with previous heart failure diagnosis. *Archives of Cardiovascular Diseases*, *114*(1), 17–32.
- Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z.-J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L., Arvanitis, M., Lohr, K. N., Middleton, J. C., & Jonas, D. E. (2014). Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure. *Annals of Internal Medicine*, *160*(11), 774
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *79*(17).
- Iavarone, D. (2016). Il Transition of Care, l'infermiere e la continuità delle cure - Fnopi. *Rivista L'Infermiere* N° 6.
- ISTAT (2021). Tavole di mortalità: Speranza di vita alla nascita con Italia copie. <http://dati.istat.it/>
- Kamalinezhad, S., Moulaei, N., Sarani, H., & Behmaneshpour, F. (2022). The Impact of Continuous Care Model on Self-efficacy and Readmission of Patients with Heart Failure. *Medical - Surgical Nursing Journal*, *10*(4).
- Lavie, C. J., Alpert, M. A., Arena, R., Mehra, M. R., Milani, R. v., & Ventura, H. O. (2013). Impact of obesity and the obesity paradox on prevalence and prognosis in heart failure. *JACC: Heart Failure* (Vol. 1, Issue 2).

- Lee, K. K., Yang, J., Hernandez, A. F., Steimle, A. E., & Go, A. S. (2016). Post-discharge Follow-up Characteristics Associated With 30-Day Readmission After Heart Failure Hospitalization. *Medical Care*, *54*(4), 365–372.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Waltenberger, J. (2022). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *24*(1), 4–131.
- Meyer, S., Brouwers, F. P., Voors, A. A., Hillege, H. L., de Boer, R. A., Gansevoort, R. T., van der Harst, P., Rienstra, M., van Gelder, I. C., van Veldhuisen, D. J., van Gilst, W. H., & van der Meer, P. (2015). Sex differences in new-onset heart failure. *Clinical Research in Cardiology*, *104*(4).
- Nakahara-Melo, M., Conceição, A. P. da, Cruz, D. de A. L. M. da, & Püschel, V. A. de A. (2021). Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(1).
- NICE. (2019). Chronic heart failure in adults: diagnosis and management NICE guideline. *Prescriber*, *30*(1).
- OECD. (2021) Better Life index.  
<https://www.oecdbetterlifeindex.org/it/topics/health-it/>
- Ortiz-Bautista, C., Morán-Fernández, L., Díaz-García, M., Delgado-Nicolás, M. Á., Ponz-de Antonio, I., Rodríguez-Chaverri, A., García-Cosío, M. D., de Juan-Bagudá, J., Lora-Pablos, D., Sánchez-Sánchez, V., Escribano-Subías, P., Bueno, H., Arribas-Ynsaurriaga, F., & Delgado-Jiménez, J. F. (2019). Evaluation of a nurse-led intervention program in heart failure: A randomized trial. *Medicina Clínica (English Edition)*, *152*(11), 431–437.
- Östman, M., Bäck-Pettersson, S., Sandvik, A.-H., & Sundler, A. J. (2019). “Being in good hands”: next of kin’s perceptions of continuity of care in patients with heart failure. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 375.
- Östman, M., Bäck-Pettersson, S., Sundler, A. J., & Sandvik, A. (2021). Nurses’ experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(1–2), 276–286.



- Parry, C., Mahoney, E., Chalmers, S. A., & Coleman, E. A. (2008). Assessing the quality of transitional care: Further applications of the care transitions measure. *Medical Care, 46*(3).
- PNC (2016). Piano Nazionale della Cronicità  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open, 4*(1).
- Rechenberg, K., Cousin, L., & Redwine, L. (2020). Mindfulness, Anxiety Symptoms, and Quality of Life in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 35*(4).
- Ruppar, T. M., Cooper, P. S., Mehr, D. R., Delgado, J. M., & Dunbar-Jacob, J. M. (2016). Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association, 5*(6).
- Sabati C. Transitional care, la sfida della nostra sanità. Retrieved August 27, 2022.  
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/transitional-care-la-sfida-per-il-futuro-della-sanita-italiana.html>
- Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Epidemiology Global Public Health Burden of Heart Failure. *CRF Journal, 3*.
- Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C., & Coats, A. J. S. (2022). Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research*.
- SCIE (2020). Trasferimenti di cure. Retrieved July 19, 2022.  
<https://www.scie.org.uk/integrated-care/interventions/transfers-of-care>
- Dati SDO (2019). Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero  
[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=3002&lingua=italiano](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3002&lingua=italiano)

- Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., Kangovi, S., Alexander, M., Riegel, B., Barg, F. K., & Kimmel, S. E. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Internal Medicine*, *33*(10), 1700–1707.
- Stewart, S., Chan, Y.-K., Wong, C., Jennings, G., Scuffham, P., Esterman, A., & Carrington, M. (2015). Impact of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: the Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure (NIL-CHF) randomized controlled study. *European Journal of Heart Failure*, *17*(6), 620–630.
- Thomas, S. C., Greevy, R. A., & Garson, A. (2018). Effect of Grand-Aides Nurse Extenders on Readmissions and Emergency Department Visits in Medicare Patients With Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, *121*(11), 1336–1342.
- Toukhsati, S. R., Jaarsma, T., Babu, A. S., Driscoll, A., & Hare, D. L. (2019). Self-Care Interventions That Reduce Hospital Readmissions in Patients With Heart Failure; Towards the Identification of Change Agents. *Clinical Medicine Insights: Cardiology* (Vol. 13).
- Triposkiadis, F., Butler, J., Abboud, F. M., Armstrong, P. W., Adamopoulos, S., Atherton, J. J., Baks, J., Bauersachs, J., Burkhoff, D., Bonow, R. O., Chopra, V. K., de Boer, R. A., de Windt, L., Hamdani, N., Hasenfuss, G., Heymans, S., Hulot, J.-S., Konstam, M., Lee, R. T., ... de Keulenaer, G. W. (2019). The continuous heart failure spectrum: moving beyond an ejection fraction classification. *European Heart Journal*, *40*(26), 2155–2163.
- Tsao, C. W., Lyass, A., Enserro, D., Larson, M. G., Ho, J. E., Kizer, J. R., Gottdiener, J. S., Psaty, B. M., & Vasan, R. S. (2018). Temporal Trends in the Incidence of and Mortality Associated With Heart Failure With Preserved and Reduced Ejection Fraction. *JACC: Heart Failure*, *6*(8), 678–685.

- Tsuchihashi-Makaya, M., Matsuo, H., Kakinoki, S., Takechi, S., Kinugawa, S., & Tsutsui, H. (2013). Home-Based Disease Management Program to Improve Psychological Status in Patients With Heart Failure in Japan. *Circulation Journal*, 77(4), 926–933.
- Van Spall, H. G. C., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C., Coppens, M., Brian Haynes, R., & Connolly, S. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 19(11), 1427–1443.
- Vedel, I., & Khanassov, V. (2015). Transitional care for patients with congestive heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine* (Vol. 13, Issue 6).
- Wong, F. K. Y., Ng, A. Y. M., Lee, P. H., Lam, P. T., Ng, J. S. C., Ng, N. H. Y., & Sham, M. M. K. (2016). Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: A randomised controlled trial. *Heart*, 102(14).
- WHO World Health Organization. Retrieved July 12, 2022  
<https://www.who.int/>
- You, J., Wang, S., Li, J., & Luo, Y. (2020). Usefulness of a Nurse-Led Program of Care for Management of Patients with Chronic Heart Failure. *Medical Science Monitor*, 26.
- Ziaieian, B., Zhang, Y., Albert, N. M., Curtis, A. B., Gheorghide, M., Heywood, J. T., Mehra, M. R., O'Connor, C. M., Reynolds, D., Walsh, M. N., Yancy, C. W., & Fonarow, G. C. (2014). Clinical effectiveness of CRT and ICD therapy in heart failure patients by racial/ethnic classification: Insights from the improve HF registry. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(8).

## ALLEGATO 1 - SCHEDATURA DEL MATERIALE BIBLIOGRAFICO

NUMERO	1
TITOLO	"Being in good hands": next of kin's perceptions of "Being in good hands": continuity of care in patients with heart failure
AUTORE	Malin Östman, Siv Bäck-Pettersson, Ann-Helén Sandvik, Annelie J Sundler
ANNO	2019
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Descrivere la continuità assistenziale percepita dai famigliari che si prendono cura dei parenti con insufficienza cardiaca.
METODO	Questo studio ha utilizzato un disegno descrittivo qualitativo. Sono state condotte interviste semi-strutturate con i parenti più prossimi (n=15) dei pazienti con HF per ottenere le loro percezioni sulla continuità delle cure. Interviste individuali semi-strutturate sono state condotte a casa dei partecipanti o in diversi contesti sanitari.
INTERVENTI	I famigliari ( <i>caregivers</i> ) esprimono il desiderio di fornire un'assistenza più centrata sulla persona e di essere elementi attivi in un processo decisionale e condiviso di assistenza; essi percepiscono la necessità di integrare la cura con la vita quotidiana come dimensione esistenziale della continuità delle cure. L'accessibilità e i follow-up regolari delle cure sono considerati componenti importanti. Hanno inoltre espresso preoccupazioni su come entrare in contatto con diversi operatori sanitari quando hanno bisogno. I famigliari volevano un invito a partecipare, a ricevere info e ad essere inclusi nelle decisioni sulle cure e sul trattamento. Alcuni partecipanti si sentivano sovraccaricati.
RISULTATI	L'analisi rivela che i parenti più prossimi percepiscono che il sostegno degli operatori sanitari è fortemente associato a esperienze di continuità assistenziale. I <i>caregivers</i> vogliono essere coinvolti senza essere responsabili; hanno il desiderio di avere il controllo senza agire come forza trainante nella situazione assistenziale, vogliono essere sostenuti senza essere trascurati e sono preoccupati per le attività di cura.
CONCLUSIONI	I <i>caregiver</i> percepiscono la continuità delle cure quando essi hanno accesso alle cure stesse e possono collaborare, indipendentemente dall'assistenza sanitaria fornita dalle cure primarie, dai comuni o dalle cliniche specializzate. Un senso di "essere in buone mani" riassume la necessità di un supporto continuo, di un processo decisionale condiviso e di transizioni senza soluzione di continuità tra i <i>caregiver</i> . Sembra importante che le organizzazioni sanitarie salvaguardino modelli efficaci e collaborativi. Inoltre, i professionisti devono pianificare ed eseguire l'assistenza sanitaria in collaborazione con i pazienti e i <i>caregivers</i> .

NUMERO	2
TITOLO	Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis
AUTORE	Harriette G C Van Spall, Tahseen Rahman, Oliver Mytton, Chinthanie Ramasundarahettige, Quazi Ibrahim, Conrad Kabali, Michiel Coppens, R-Brian Haynes, Stuart Connolly
ANNO	2017
TIPO	Revisione sistematica
OBIETTIVO	Confrontare l'efficacia dei servizi di assistenza transitoria nel ridurre i decessi per tutte le cause e le riammissioni per tutte le cause dopo il ricovero per insufficienza cardiaca.
METODO	Revisione sistematica su Pubmed, Embase, Cinahl, Cochrane Clinical Trials Register per studi randomizzati e controllati (RCT) pubblicati nel 2000-2015. Sono stati inclusi 53 RCT (12 356 pazienti).
INTERVENTI	Visite dell'infermiere a domicilio del paziente, le cliniche ambulatoriali, gli interventi telefonici, di telemonitoraggio, del farmacista e di formazione dei pazienti.
RISULTATI	Le visite domiciliari e le cliniche ambulatoriali hanno ridotto significativamente le riammissioni per tutte le cause, hanno permesso maggiori risparmi sui costi e ridotto la mortalità; Il telemonitoraggio, il supporto telefonico, gli interventi del farmacista invece non hanno ridotto le riammissioni per tutte le cause.
CONCLUSIONI	Le visite domiciliari degli infermieri e le cliniche ambulatoriali riducono la mortalità per tutte le cause dopo il ricovero per insufficienza cardiaca. Riducono anche le riammissioni per tutte le cause, senza differenze significative nella efficacia comparativa. Questi servizi riducono i costi del sistema sanitario a vari livelli.

NUMERO	3
TITOLO	Effect of Grand-Aides Nurse Extenders on readmissions and emergency department visits in Medicare patients with heart failure
AUTORE	S Craig Thomas, Robert A Greevy Jr, Arthur Garson Jr
ANNO	2018
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Valutare le riammissioni ospedaliere per tutte le cause e le visite al pronto soccorso a 30 giorni e a 6 mesi dopo la dimissione con il programma Grand-Aides.
METODO	Studio su 986 pazienti con una diagnosi primaria di insufficienza cardiaca tra il 2013 e il 2015.
INTERVENTI	Visite domiciliari da parte di infermieri sotto la direzione video di un supervisore. Visite dopo 24-48 ore con il supervisore in video per la riconciliazione dei farmaci; a seguire 3 visite nella prima settimana, 2 visite ciascuna nelle settimane 2 e 3, 1 visita nella settimana 4 e successivamente una visita mensile integrata per telefono.
RISULTATI	I pazienti Medicare con HF ed approccio GA avevano un tasso di riammissione per tutte le cause a 30 giorni del 2,8% mentre i pazienti di controllo per tutte le cause a 30 giorni del 15,8%; ciò rappresenta una riduzione dell'82% delle riammissioni. Inoltre vi era una riduzione delle riammissioni per tutte le cause a 6 mesi del 71%. A 6 mesi il tasso di mortalità non era diverso dal gruppo di controllo; il 92% dei pazienti ha avuto aderenza al farmaco; risparmio netto sulle spese fu di 562.067\$.
CONCLUSIONI	L'approccio GA alla salute della popolazione da esiti favorevoli in termini di risultati e spese a 30 giorni e a 6 mesi dopo la dimissione. I dati sul telemonitoraggio e/o le chiamate infermieristiche non evidenziano una analoga riduzione delle riammissioni e delle spese.

NUMERO	4
TITOLO	Evaluation of a nurse-led intervention program in heart failure: A randomized trial
AUTORE	Carlos Ortiz-Bautista, Laura Morán-Fernández , Marta Díaz-Garcí , Miguel Ángel Delgado-Nicolás , Inés Ponz-de Antonio , Adriana Rodríguez-Chaverri , M Dolores García-Cosío , Javier de Juan-Bagudá , David Lora-Pablos , Violeta Sánchez-Sánchez , Pilar Escribano-Subías , Héctor Bueno , Fernando Arribas-Ynsaurriaga , Juan F Delgado-Jiménez
ANNO	2019
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Sviluppare un programma di intervento clinico guidato da infermieri per i pazienti con HF e valutare se questo intervento influisce positivamente sulla prognosi dei pazienti, sui costi di cura e sulla qualità della vita percepita (QoL).
METODO	Tra il 2011 e il 2013, 127 pazienti con frazione di eiezione ridotta sono stati assegnati in modo casuale (1:2) a cure standard o a un programma di intervento.
INTERVENTI	Un programma di gestione della malattia per pazienti con insufficienza cardiaca cronica basato su di un infermiere “case manager” con visite di follow-up in ambulatorio. Tutti i pazienti sono stati seguiti dai cardiologi e i pazienti randomizzati sono stati seguiti individualmente dall’infermiere per la consulenza educativa sanitaria e sui farmaci .La consulenza educativa è stata svolta durante la prima visita subito dopo l’iscrizione allo studio e consisteva in guida dietetica, il controllo del peso giornaliero e il monitoraggio della pressione sanguigna, il riconoscimento dei sintomi clinici di avvertimento HF, il regime di dosaggio diuretico flessibile e la aderenza al trattamento HF.
RISULTATI	Il tasso di mortalità e di riammissione atteso nel gruppo di assistenza standard era rispettivamente di circa il 30% e il 50%. La mortalità attesa nel gruppo di intervento era di circa il 20% e il tasso di riammissione era di circa il 30%.
CONCLUSIONI	Nei pazienti con HF, l'uso di un programma di intervento guidato da un infermiere migliora significativamente la QoL percepita e riduce le riammissioni ospedaliere per HF senza alcun effetto sulla mortalità per tutte le cause. Questo vantaggio è dovuto principalmente al miglioramento dell’educazione sanitaria, piuttosto che all’ottimizzazione del trattamento medico.

NUMERO	5
TITOLO	Evaluation of a transitional care program after hospitalization for heart failure in an integrated health care system
AUTORE	Aileen Baecker, Merry Meyers, Sandra Koyama, Maria Taitano, Heather Watson, Mary Machado, Huong Q Nguyen
ANNO	2020
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Esaminare l'associazione dei singoli elementi del programma HF-TCP e del loro insieme con il tasso di riammissione per tutte le cause a 30 giorni.
METODO	Sono stati inclusi nello studio HF-TCP 26.128 pazienti "arruolati" grazie ad un incontro ospedaliero per insufficienza cardiaca (57% maschi con una età media di 73 anni). Essi sono stati seguiti dalla dimissione fino a 30 giorni successivi.
INTERVENTI	<p>I pazienti hanno ricevuto 1 visita sanitaria a domicilio o una visita in teleassistenza (telefonica) da un infermiere abilitato entro 2 giorni dalla dimissione, una chiamata del manager dell'assistenza sanitaria per l'insufficienza cardiaca entro i 7 giorni e una visita con un medico o un infermiere sempre entro i 7 giorni.</p> <p>La visita domiciliare includeva la riconciliazione dei farmaci e l'educazione all'auto-cura: assunzione dei liquidi, restrizione del sodio, monitoraggio del peso, piano diuretici flessibile. Le chiamate vertevano sulla valutazione dei sintomi comuni di HF, sulla risposta alle domande che i pazienti potevano porre sui loro farmaci, sulla dieta e sulla cura di sé. L'obiettivo era quello di collegare i pazienti ai medici dell'HF.</p> <p>Le visite cliniche sono state dedicate al follow-up post-dimissione con medici di base, cardiologi o infermieri cardiologici.</p>
RISULTATI	<p>Il tasso di riammissione a 30 giorni è stato del 18,1%. La visita sanitaria domiciliare entro 2 giorni sia la chiamata del case manager entro i 7 giorni rispetto a nessuna visita e nessuna chiamata non sono state associate ad un tasso di riammissione inferiore.</p> <p>La visita clinica entro i 7 giorni è stata invece associata ad un tasso di riammissione inferiore rispetto a nessuna visita clinica. Non vi sono stati effetti sinergici nel caso di tutte e tre le componenti insieme.</p>
CONCLUSIONI	Questo studio ha rilevato che HF-TCP globalmente non era associato a una riduzione dei tassi di riammissione a 30 giorni invece una visita clinica di follow-up entro 7 giorni dalla dimissione poteva essere utile. Questi risultati evidenziano l'importanza del miglioramento continuo della qualità e del perfezionamento dei programmi clinici esistenti.



NUMERO	6
TITOLO	French annual national observational study of 2015 outpatient and inpatient healthcare utilization by approximately half a million patients with previous heart failure diagnosis
AUTORE	Sarah F Feldman, Thomas Lesuffleur, Valérie Oliè, Christelle Gastaldi-Ménager, Yves Juillière, Philippe Tuppin
ANNO	2021
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Studiare l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e le cause di morte nel 2015 per le persone precedentemente diagnosticate con insufficienza cardiaca.
METODO	Adulti ricoverati in ospedale per insufficienza cardiaca tra il 2011 e il 2014 identificati attraverso il sistema di dati sanitari nazionale. Sono stati inclusi un totale di 499.296 adulti ed è stata calcolata la frequenza e la mediana del numero di persone che hanno fruito del sistema sanitario almeno una volta tra quelle in vita nel 2015.
INTERVENTI	Si è raccomandato un follow-up ambulatoriale regolare per i pazienti con HF secondo la classe NYHA. L'assistenza infermieristica è stata utilizzata almeno una volta, con una media di 26 visite all'anno e con un tasso fino all'81% per i pazienti ricoverati in ospedale nel 2014. I programmi di gestione dei pazienti con HF, in cui infermieri specializzati svolgono un ruolo predominante nel fornire educazione terapeutica e follow-up, sono associati a tassi di riammissione inferiore.
RISULTATI	429.853(86%) pazienti erano ancora vivi. Complessivamente il 69% aveva una malattia cardiovascolare diversa da HF e presentava alte frequenze di malattie neurologiche e degenerative e malattie mentali.
CONCLUSIONI	Il medico di medicina generale e gli infermieri sono gli attori principali nel regolare follow-up dei pazienti con insufficienza cardiaca mentre le consultazioni del cardiologo e l'erogazione dei trattamenti primari sono insufficienti rispetto alle Linee Guida.

NUMERO	7
TITOLO	Heart failure home management challenges and reasons for readmission: a qualitative study to understand the patient's perspective
AUTORE	Jonathan Sevilla-Cazes, Faraz S Ahmad, Kathryn H Bowles, Anne Jaskowiak, Tom Gallagher, Lee R Goldberg, Shreya Kangovi, Madeline Alexander, Barbara Riege , Frances K Barg, Stephen E Kimmel
ANNO	2018
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Comprendere le sfide del paziente e del caregiver per la gestione della domiciliare dell'insufficienza cardiaca e le ragioni percepite dal paziente per la riammissione.
METODO	Interviste semi-strutturate con 31 pazienti.
INTERVENTI	Combinazione di influenze fisiche e socio-emotive: gestione della casa come lotta tra aderenza e adattamento e la riammissione ospedaliera come scelta razionale in risposta a sintomi angoscianti. I pazienti hanno identificato incertezza a riguardo delle raccomandazioni, causata da istruzioni poco chiare e incongruenza temporale tra comportamento e insorgenza dei sintomi.
RISULTATI	Il ciclo di test limite ha dimostrato che i pazienti avevano incertezza sulle raccomandazioni che avevano ricevuto e hanno sperimentato incongruenze temporali tra scarsa aderenza e insorgenza dei sintomi, che gli ha portati alla riammissione. Il ciclo di test disperazione si è verificato in pazienti che hanno manifestato un peggioramento dei sintomi e del loro stato funzionale nonostante una buona aderenza percepita. Questa incoerenza ha provocato un profondo disagio psicologico, peggioramento dei sintomi, disperazione, frustrazione.
CONCLUSIONI	I cicli di test limite e disperazione rappresentano importanti lotte centrate sul paziente nella gestione dell'insufficienza cardiaca. Il disagio e la paura che ne derivano rendono la riammissione una scelta razionale per i pazienti piuttosto che un esito negativo. Gli interventi (ad esempio, le cure palliative) che si concentrano su metodi per affrontare questi fattori centrati sul paziente dovrebbero essere ulteriormente studiati come elemento per la riduzione delle riammissioni.

NUMERO	8
TITOLO	Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan
AUTORE	Miyuki Tsuchihashi-Makaya , Hisashi Matsuo, Shigeo Kakinoki, Shigeru Takechi, Shintaro Kinugawa, Hiroyuki Tsutsui, J-HOMECARE Investigators
ANNO	2013
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Determinare gli effetti della gestione domiciliare della malattia sullo stato psicologico dei pazienti con insufficienza cardiaca. Valutare lo stato psicologico, ansia e depressione attraverso la scala “ <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ” durante il follow-up ad 1 anno. Valutare la qualità della vita, la morte per tutte le cause e l’ospedalizzazione per insufficienza cardiaca.
METODO	Assegnazione casuale dei pazienti ricoverati in ospedale per insufficienza cardiaca a sottoporsi alla gestione della malattia a domicilio (n=79) o alle cure abituali (n=82). L’età media dei pazienti era di 76 anni, il 30% era di sesso femminile e il 93% era in classe NYHA I o II.
INTERVENTI	Gestione domiciliare da parte degli infermieri tramite visita domiciliare e follow-up telefonico per monitorare i sintomi e il peso corporeo e per educare i pazienti.
RISULTATI	Il gruppo di intervento aveva punteggi di depressione e ansia significativamente più bassi rispetto al gruppo sottoposto a cure tradizionali. Non ci sono state differenze significative nella morte per tutte le cause. L’ospedalizzazione per HF è stata inferiore nel gruppo di intervento rispetto al gruppo seguito dalle cure tradizionali.
CONCLUSIONI	La gestione domiciliare della malattia ha migliorato lo stato psicologico e ha anche ridotto le ri-ospedalizzazioni nei pazienti con insufficienza cardiaca.

NUMERO	9
TITOLO	Impact of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: the Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure (NIL-CHF) randomized controlled study
AUTORE	Simon Stewart, Yih-Kai Chan, Chiew Wong, Garry Jennings, Paul Scuffham, Adrian Esterman, Melinda Carrington, NIL-CHF Investigators
ANNO	2015
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Determinare l'efficacia a lungo termine di un programma multidisciplinare gestito da infermieri
METODO	Un totale di 624 pazienti (310 gruppo intervento e 314 gruppo controllo) con età media 66 anni, con alti fattori di rischio, malattie cardiovascolari preesistenti e co-morbilità.
INTERVENTI	Confronto tra un programma multidisciplinare e ambulatoriale rispetto ad programma di gestione post-dimissione standard. Il programma multidisciplinare era costituito da visite domiciliari, educazione terapeutica, supporto telefonico, dallo sviluppo di un piano di assistenza, dalla discussione degli obiettivi del trattamento e da visite ambulatoriali.
RISULTATI	Efficacia non significativa nel prevenire ri-ospedalizzazioni. Si è notato una riduzione dei giorni di degenza e un miglioramento della funzione cardiaca nel lungo termine.
CONCLUSIONI	Rispetto a un elevato livello di assistenza standard, l'intervento NIL-CHF è stato inefficace nel prevenire CHF e ri-ospedalizzazione. D'altra parte, è stato associato a una ridotta degenza ospedaliera e a una migliore funzione cardiaca a lungo termine.

NUMERO	10
TITOLO	Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials.
AUTORE	Todd M Ruppap, Pamela S Cooper, David R Mehr, Janet M Delgado, Jacqueline M Dunbar-Jacob
ANNO	2016
TIPO	Revisione sistematica
OBIETTIVO	Valutare gli effetti sulla mortalità e sulle riammissioni degli interventi per migliorare l'aderenza ai farmaci
METODO	La ricerca ha utilizzato metodi di revisione sistematica e meta-analisi con rapporti secondo le Linee Guida PRISMA per 57 pazienti
INTERVENTI	La maggior parte degli interventi ha utilizzato l'educazione ai farmaci e l'educazione alla malattia. Le strategie erano l'autogestione e l'automonitoraggio. Esse prevedevano l'educazione alla malattia ed un portale web per il paziente. Sono stati coinvolti infermieri (40), farmacisti, medici, dietisti, assistenti sociale, case manager.
RISULTATI	L'aderenza ai farmaci riduce la riammissione in ospedale e la mortalità.
CONCLUSIONI	Gli interventi per migliorare l'aderenza ai farmaci tra i pazienti con HF hanno effetti significativi sulla riduzione delle riammissioni e sulla diminuzione della mortalità. L'aderenza ai farmaci dovrebbe essere affrontata in regolari visite di follow-up con pazienti con HF e gli interventi per migliorare l'aderenza dovrebbero essere una parte fondamentale dei programmi di auto-cura dell'SC

NUMERO	11
TITOLO	Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: a thematic analysis
AUTORE	Malin Östman, Siv Bäck-Pettersson, Annelie J Sundler, Ann-Helén Sandvik
ANNO	2021
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Mira a descrivere le esperienze degli infermieri di continuità assistenziale per i pazienti con insufficienza cardiaca
METODO	Sono stati scelti quattro focus groups per raccogliere i dati e l'analisi è stata effettuata utilizzando un metodo per l'analisi tematica. È stato reclutato un campione mirato di infermieri (n=14) con esperienze provenienti da cliniche per l'insufficienza cardiaca collegate all'ospedale, centri di assistenza sanitaria e strutture sanitarie domiciliari municipali.
INTERVENTI	Per una buona continuità delle cure gli infermieri evidenziano che è necessario avere un accesso alle stesse rapido e flessibile, in base alle esigenze dei pazienti. Sul tema della responsabilità e della trasparenza nel fornire assistenza essi hanno sottolineato l'importanza di procedure comuni per il follow-up. Il piano di assistenza era uno strumento importante per la pianificazione e il follow-up delle cure fornite. Sul tema delle relazioni di fiducia e cura è emersa l'importanza di conoscere bene il paziente. Comunicazione e collaborazione tra colleghi e i pazienti risulta essere importante per la continuità delle cure.
RISULTATI	Le esperienze di continuità assistenziale degli infermieri per i pazienti con insufficienza cardiaca sono state descritte in quattro temi: accesso e flessibilità, responsabilità e trasparenza, relazioni di fiducia e di cura, comunicazione e collaborazione.
CONCLUSIONI	I risultati indicano che gli infermieri hanno un'ottima posizione per fungere da "hub" nella cura dei pazienti con insufficienza cardiaca, ma devono avere la possibilità di fare <i>community</i> e stabilire relazioni di fiducia con i loro colleghi. Dal punto di vista dell'infermiere, la fiducia reciproca tra l'infermiere, il paziente e i suoi parenti più prossimi è fondamentale per promuovere e mantenere la continuità delle cure nei pazienti con insufficienza cardiaca.

NUMERO	12
TITOLO	Post-discharge follow-up characteristics associated with 30-day readmission after heart failure hospitalization
AUTORE	Keane K Lee, Jingrong Yang, Adrian F Hernandez, Anthony E Steimle, Alan S Go
ANNO	2016
TIPO	Studio caso-controllo
OBIETTIVO	Esaminare se i tempi e il tipo di follow-up post-dimissione influiscono sul rischio di riammissione a 30 giorni negli adulti ricoverati in ospedale per HF
METODO	Adulti ospedalizzati con una diagnosi primaria di HF e dimessi a casa senza cure ospedaliere.
INTERVENTI	La tempistica del primo follow-up post-dimissione, il numero di telefonate post-dimissione e di visite cliniche entro 30 giorni e il contatto telefonico tra clinica e paziente sono stati utilizzati per caratterizzare il tipo di follow-up post-dimissione ricevuto da ciascun paziente.
RISULTATI	Un contatto ambulatoriale precoce entro 7 giorni dalla dimissione è stato associato a minori probabilità di riammissione, mentre il successivo contatto ambulatoriale tra 8 e 30 giorni dopo la dimissione non è stato associato alla riammissione. Il contatto per telefono non dava risultati statistici significativi.
CONCLUSIONI	Negli adulti dimessi a casa dopo il ricovero in ospedale per HF, il follow-up ambulatoriale con un operatore sanitario di cardiologia o di medicina generale entro 7 giorni è stato associato ad una minore probabilità di riammissione a 30 giorni.

NUMERO	13
TITOLO	The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare
AUTORE	Björn Agvall, Urban Alehagen, Ulf Dahlström
ANNO	2013
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Valutare il beneficio di un programma di gestione dell'insufficienza cardiaca nelle cure primarie.
METODO	160 pazienti, età media 75, insufficienza cardiaca, frazione di eiezione <50%, NYHA I, II, III, con co-morbilità, senza precedente ricovero.
INTERVENTI	Informazione ed educazione, colloquio motivazionale, ottimizzazione del trattamento farmacologico, visite e telefonate pianificate confrontati con il trattamento standard e l'assenza di visite o telefonate.
RISULTATI	Riduzione del livello NT-proBNP, del numero dei pazienti con FE <40% e miglioramento marginale della qualità di vita, del consumo di risorse sanitarie e delle riammissioni.
CONCLUSIONI	L'uso di un programma di gestione per insufficienza cardiaca nella assistenza sanitaria primaria è risultato avere effetti benefici in termini di riduzione del numero di contatti sanitari e ricoveri ospedalieri e miglioramento della funzione cardiaca nei pazienti con HF sistolica, anche se il risultato deve essere interpretato con cautela.



NUMERO	14
TITOLO	The effectiveness of a nurse-led cognitive-behavioural therapy on the quality of life, self-esteem, and mood among filipino patients living with heart failure: a randomized controlled trial.
AUTORE	Ruff Joseph Macale Cajanding
ANNO	2016
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Lo studio mira a determinare l'efficacia di un programma di intervento cognitivo-comportamentale guidato da un infermiere sulla qualità della vita, l'autostima e l'umore tra i pazienti filippini con insufficienza cardiaca.
METODO	In questo studio è stato utilizzato un disegno randomizzato di controllo a due gruppi con misure ripetute e dati raccolti prima e dopo l'intervento. I 100 partecipanti sono stati assegnati al gruppo di controllo (n=48) o al gruppo di intervento (n=52).
INTERVENTI	I partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto cure tradizionali. I partecipanti al gruppo di intervento sono stati sottoposti ad un programma di intervento cognitivo-comportamentale guidato da un infermiere di 12 settimane incentrato sull'educazione del paziente, l'automonitoraggio, l'allenamento delle competenze, la ristrutturazione cognitiva e lo sviluppo spirituale. Le misure sulla qualità della vita, sull'autostima e sull'umore sono state fatte prima e dopo il programma d'intervento.
RISULTATI	All'inizio, i partecipanti in entrambi i gruppi avevano scarsa qualità della vita, bassa autostima e moderati punteggi relativi ai sintomi depressivi. Dopo il periodo di intervento di 12 settimane, i partecipanti al gruppo di intervento hanno avuto un miglioramento significativo della qualità della vita, dell'autostima e dei punteggi dell'umore rispetto a quelli che avevano ricevuto solo cure standard.
CONCLUSIONI	L'intervento cognitivo-comportamentale guidato dall'infermiere è una strategia efficace per migliorare la qualità della vita, l'autostima e l'umore tra i pazienti filippini che vivono con HF. Si raccomanda che questo intervento sia incorporato nella cura ottimale dei pazienti con questa condizione cardiaca.

NUMERO	15
TITOLO	The impact of continuous care model on self-efficacy and readmission of patients with heart failure
AUTORE	Salime Kamalinezhad, Nezarali Moulaei, Hamed Sarani, Fateme Behmaneshpour
ANNO	2021
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Questo studio ha esaminato l'impatto del modello di assistenza continua (CCM) sull'autoefficacia e sulla riammissione dei pazienti ricoverati con insufficienza cardiaca.
METODO	Sono stati selezionati 70 pazienti. I pazienti nel gruppo di controllo hanno ricevuto la cura tradizionale; il CCM (modello di assistenza continua) è stato applicato ai pazienti del gruppo di intervento sotto forma di formazione individuale per 6 sessioni nell'ospedale e dopo la dimissione e poi tramite follow-up telefonico una volta alla settimana fino alla fine della dodicesima settimana.
INTERVENTI	Educazione dei pazienti attraverso un programma di CCM (modello di assistenza continua). Il contenuto del modello era: orientamento, sensibilizzazione (coinvolgere in comportamenti di cura), controllo attraverso follow-up per telefono 1 volta alla settimana, valutazione.
RISULTATI	Riduzione dei casi di riammissione e aumento dell'autoefficacia dei pazienti con HF.
CONCLUSIONI	Dato l'effetto positivo e significativo del CCM sull'aumento dell'autoefficacia del paziente e sulla riduzione della frequenza di riammissioni e considerando la facilità, l'applicabilità e il basso costo di questo intervento è suggerito che le autorità competenti rendano effettive pianificazioni e politiche per implementarlo sui pazienti con HF.

NUMERO	16
TITOLO	The impact of nurse-led cardiac rehabilitation on quality of life and biophysiological parameters in patients with heart failure: a randomized clinical trial.
AUTORE	Porkodi Arjunan, Ramakrishnan Venkatakrishnan Trichur
ANNO	2020
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Questo studio è stato condotto per valutare l'influenza di un programma di riabilitazione cardiaca guidato da un infermiere sulla qualità della vita e sui parametri bio-fisiologici nei pazienti con insufficienza cronica.
METODO	200 pazienti ricoverati in ospedale con HF. I partecipanti assegnati al gruppo di intervento hanno ricevuto sia la riabilitazione cardiaca guidata dall'infermiere che le cure di routine, hanno inoltre ricevuto un opuscolo sulla riabilitazione cardiaca alla dimissione e promemoria telefonici quindicinali sulle buone pratiche di riabilitazione cardiaca. Un questionario standard è stato utilizzato per raccogliere informazioni mirate sulla qualità della vita in generale e anche su questioni specifiche della malattia dei partecipanti a 1 e 3 mesi dopo l'intervento. Sono stati misurati anche parametri bio-fisiologici come l'indice di massa corporea, la pressione sanguigna e i valori di colesterolo sierico.
INTERVENTI	I pazienti sono stati sottoposti ad un programma di training guidato dall'infermiere (da 1 a 3 sezioni) che consisteva in un insegnamento strutturato sulla condizione della malattia, sulla dieta, sull'esercizio fisico, sui farmaci, sulle istruzioni per l'assistenza domiciliare, sulla necessità di smettere di fumare e di modificare lo stile di vita. È stato inoltre richiesto di partecipare ad un test che prevedeva di camminare per 6 minuti. Un opuscolo <i>Healthy Way to Healthy Heart</i> è stato fornito al gruppo di intervento il giorno della dimissione. Inoltre, sono state effettuate telefonate a ciascun partecipante del gruppo di intervento una volta ogni 2 settimane nel periodo di 3 mesi successivo al test. I partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto solo cure di routine (per esempio visite mediche, assistenza infermieristica, fisioterapia) e hanno ricevuto l'opuscolo.
RISULTATI	Un miglioramento della qualità della vita che comprendono cambiamenti nella QoL fisica, mentale e specifica per la malattia. Si conferma ulteriormente che ricevere un'adeguata conoscenza in merito alla condizione della malattia e alla modifica dello stile di vita, aumenta la fiducia dei pazienti con SC nel vivere una vita sana, migliorando così le loro capacità funzionali.
CONCLUSIONI	Interventi di formazione, assistenza e consulenza infermieristica migliorano la qualità della vita nei pazienti con HF. Gli infermieri coinvolti nella CR (riabilitazione cardiaca) dovrebbero concentrarsi sul miglioramento degli aspetti fisici dei pazienti con CHF.

NUMERO	17
TITOLO	Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis
AUTORE	Isabelle Vedel, Vladimir Khanassov
ANNO	2015
TIPO	Revisione sistematica
OBIETTIVO	Determinare l'impatto che gli infermieri hanno mediante le cure transitorie (TCI) sull'uso acuto dei servizi sanitari da parte dei pazienti con HF e identificare i TCI più efficaci e la loro durata ottimale. Valutare l'impatto dei TCI sulle riammissioni ospedaliere per tutte le cause e sulle visite al pronto soccorso.
METODO	Revisione sistematica e meta-analisi di 41 studi randomizzati controllati, cercando nei database Medline, Psycho, EMBASE e Cochrane Library.
INTERVENTI	Una combinazione di visite domiciliari da parte di un infermiere con altri tipi di follow-up (telefonico e/o clinico) o teleassistenza combinata con contatto diretto prestabilito con i pazienti (es.visite domiciliari, follow-up telefonico, video visite).
RISULTATI	Rafforzamento dell'autogestione della malattia, aderenza ai trattamenti, visite domiciliari hanno eliminato il trasporto degli anziani verso gli studi medici e le farmacie.
CONCLUSIONI	Interventi di cure transitorie hanno ridotto significativamente i rischi di riammissione e di visite al pronto soccorso rispettivamente dell'8% e del 29%.

NUMERO	18
TITOLO	Transitional of care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices
AUTORE	Michele Nakahara-Melo
ANNO	2021
TIPO	Studio trasversale
OBIETTIVO	Valutare la conformità dell'attuazione di una migliore evidenza nell'assistenza transitoria della persona con insufficienza cardiaca dall'ospedale al domicilio.
METODO	Hanno partecipato al progetto di implementazione delle prove secondo la metodologia JBI in un ospedale a San Paolo 14 infermieri e 22 pazienti.
INTERVENTI	Sviluppo di un intervento educativo con i seguenti contenuti: criteri raccomandati dal JBI, implementazione di un protocollo con HF per tutti gli infermieri del settore. Creazione di una routine istituzionale settimanale detta "Ruota della conversazione" e azioni nella cura di sé, utilizzo di un modulo di dimissione ospedaliera individualizzato per interconnettere i contesti assistenziali, un contatto telefonico in tre momenti, durante i primi 30 giorni dopo la dimissione.
RISULTATI	Le strategie utilizzate sono state: la formazione degli infermieri, la riformulazione della scheda di dimissione ospedaliera e l'orientamento alla cura di sé nei contesti assistenziali. Si sono utilizzati contatti telefonici il 7°, 14°, 21° giorno dopo la dimissione.
CONCLUSIONI	Il progetto ha consentito di aumentare la conformità delle pratiche sulle cure transitorie alle raccomandazioni basate sulle migliori evidenze.

NUMERO	19
TITOLO	Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis
AUTORE	Cynthia Feltner, Christine D Jones, Crystal W Cené, Zhi-Jie Zheng, Carla A Sueta, Emmanuel J L Coker-Schwimmer, Marina Arvanitis, Kathleen N Lohr, Jennifer C Middleton, Daniel E Jonas
ANNO	2014
TIPO	Revisione sistematica
OBIETTIVO	Valutare l'efficacia comparativa e i danni degli interventi di cure transitorie per ridurre i tassi di riammissione e mortalità per gli adulti ricoverati in ospedale con insufficienza cardiaca.
METODO	Revisione sistematica su Pubmed, Embase, Cinahl, CochraneClinicalTrials.gov e la piattaforma del registro degli studi clinici internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità (1990-2013). Sono state incluse 47 RCT.
INTERVENTI	Programmi di visite domiciliari in un periodo tra 3 e 6 mesi e interventi clinici multidisciplinari. Gli interventi includevano: educazione del paziente o del caregiver erogata prima o dopo la dimissione, visite ambulatoriali pianificate o programmate, visite domiciliari, telemonitoraggio, supporto telefonico strutturato, coaching da parte dell'infermiere.
RISULTATI	A 30 giorni, un programma di visite domiciliari ad alta intensità ha ridotto la riammissione per tutte le cause. In un periodo compreso tra 3 e 6 mesi, i programmi di visite domiciliari e gli interventi clinici multidisciplinari per l'insufficienza cardiaca hanno ridotto la riammissione specifica per HF. Gli interventi di supporto telefonico hanno ridotto la riammissione specifica per HF. I programmi di visite domiciliari, le cliniche hanno prodotto un beneficio in termini di mortalità.
CONCLUSIONI	I programmi di visite domiciliari e le cliniche hanno ridotto la riammissione e la mortalità per tutte le cause, Questi interventi dovrebbero ricevere la massima considerazione dai sistemi sanitari che cercano di implementare interventi di cure transitorie pe le persone con SC.

NUMERO	20
TITOLO	Usefulness of a nurse-led program of care for management of patients with chronic heart failure
AUTORE	Jinyan You, Suping Wang, Jing Li, Yuanping Luo
ANNO	2020
TIPO	RCT
OBIETTIVO	Determinare se un programma di assistenza guidato da un infermiere può migliorare l'aderenza ai farmaci, la qualità della vita, i tassi di ri-ospedalizzazione e la mortalità per tutte le cause per i pazienti con HF.
METODO	Hanno reclutato 152 pazienti. I pazienti sono stati assegnati in modo casuale a un gruppo di controllo o a un gruppo di intervento.
INTERVENTI	Assistenza standard più programma di assistenza post-dimissione durante i primi 14 giorni dopo la dimissione. In particolare, gli infermieri-specialisti hanno chiamato i pazienti per telefono per chiedere informazioni sulle loro condizioni (ad es. sintomi e segni clinici di insufficienza cardiaca e variazione del peso corporeo), per valutare l'aderenza ai farmaci e per fornire feedback immediati su cosa fare nel passaggio successivo.
RISULTATI	A 12 settimane di follow-up rispetto al gruppo di controllo i pazienti nel gruppo di intervento avevano maggiori probabilità di continuare la terapia farmacologica. I pazienti nel gruppo di controllo hanno avuto un tasso di ri-ospedalizzazione più elevato rispetto al gruppo di intervento.
CONCLUSIONI	Un programma di dimissione di cura guidato da un infermiere può essere un approccio economico e fattibile per la gestione dei pazienti con CHF in Cina.