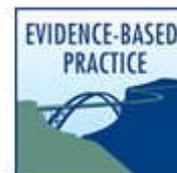


CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO: FOLLOW-UP TELEFONICO PER LA RIDUZIONE DEI RICOVERI RIPETUTI



Autori: *Serena Frassini* *Martina Bernabucci*

1) **BACKGROUND**

La maggior parte delle persone che vengono ospedalizzate è rappresentata da anziani affetti da multimorbilità e disabilità; conseguentemente a ciò, molti pazienti sperimentano il fenomeno che gli anglosassoni chiamano “revolving door syndrome”, ovvero la “sindrome della porta girevole”, cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, secondario sia alla tendenza dell’ospedale per acuti a dimettere precocemente il malato, sia all’instabilità clinica e alla ridotta assistenza sul territorio (Mor, 2010). Negli USA un milione di persone l’anno vengono ricoverate per scompenso cardiaco e circa 250.000 entro un mese vengono nuovamente ricoverate in ospedale. In Italia lo scompenso cardiaco è la prima causa di ricovero ospedaliero dopo i 65 anni; a so ffrirne sono circa 600.000 persone e si stima che la sua frequenza raddoppi ad ogni decade di età, arrivando a circa il 10% tra gli ultrasessantacinquenni. Diventa pertanto fondamentale, di fronte alla dimensione del fenomeno e alla crescente domanda di ricoveri e di ri-ospedalizzazioni, garantire una continuità di cura ed efficaci interventi di “case management” infermieristico.

Le riammissioni prevenibili sono gravose e molto costose, sia per i pazienti e per le loro famiglie, sia per il sistema sanitario. Il problema della riammissione in ospedale a 30 giorni dal primo ricovero contribuisce a identificare, insieme al tasso di mortalità, il livello di efficienza di un reparto o di un ospedale. La predisposizione di un piano di dimissione e la definizione di programmi di supporto post-dimissione possono ridurre i tassi di riammissione e migliorare gli outcomes. In letteratura sono state proposte e valutate numerose strategie per ridurre i tassi di riammissione: ad esempio, programmi educativi, strategie educative volte a migliorare il self-care del paziente, assistenza ambulatoriale multidisciplinare, follow up telefonico, tele-medicina, l’aumento del numero delle visite cliniche.



Lo scopo della nostra revisione è quello di ricercare in letteratura evidenza riguardo al follow-telefonico e ad interventi di natura educativa per ridurre il tasso delle riammissioni dei pazienti con scompenso cardiaco

La ricerca bibliografica è stata finalizzata a reperire prove di efficacia relative ad interventi ad oggi applicabili nella nostra realtà lavorativa, come la consegna di materiale informativo scritto, il follow up, o supporto telefonico strutturato, i programmi educativi, il supporto dei pari; **la letteratura inerente l’efficacia di interventi di tele-health/tele-monitoring ed “home visiting” non è oggetto del nostro elaborato.** Forniamo di seguito una panoramica di tutti gli interventi che possono ascrivere al modello assistenziale di cure transizionali, (“Transitional Care Model”) volti anche alla riduzione dei reingressi.

Programma “home-visiting” : visite domiciliari da parte dell’ infermiere o del medico per educare e rafforzare le indicazioni per il self-care, eseguire un esame fisico, o fornire altre cure (per esempio, la terapia fisica o la riconciliazione della terapia). Questi interventi sono spesso indicati

come case management infermieristico, ma possono anche includere anche visite a domicilio di un farmacista o del team multidisciplinare.

Assistenza telefonica strutturata (STS): il monitoraggio, l'educazione, la gestione del self-care (o varie combinazioni) post dimissione con l'uso di un semplice telefono (ad esempio, una serie di chiamate pianificate con un obiettivo specifico, un colloquio telefonico strutturato, l'uso di software per supportare la presa

Ambulatoriali: servizi offerti in ambulatorio multidisciplinare, ambulatorio a conduzione infermieristica o in ambulatorio di cure primarie. Gli interventi possono essere gestiti direttamente dall'infermiere e possono fornire anche supporto telefonico non strutturato oltre l'orario di apertura dell'ambulatorio.

Telemonitoring: controllo di dati fisiologici a distanza (ad esempio, elettrocardiogramma, pressione sanguigna, peso, pulsossimetria, o frequenza respiratoria) con l'utilizzo del digitale, banda larga, via satellite, wireless o trasmissione Bluetooth trasmissione ad un centro di monitoraggio, con o senza visite cliniche (ad esempio, monitoraggio video).

Materiale informativo: brochure, depliant.

Programmi educativi: educazione del paziente (e training all'auto-cura) erogata prima o al momento della dimissione con varie metodiche: di persona, con CD-ROM interattivo o con un video educazionali. Gli interventi di questo tipo non figurano nel telemonitoraggio, nell' "home visiting", STS e non vengono forniti principalmente a livello ambulatoriale. Possono comprendere un follow-up telefonico per accertare esiti (ad esempio, i tassi di riammissione), ma non per monitorare i dati fisiologici dei pazienti.

Altri interventi che non rientrano in nessuno degli altri programmi come, ad esempio, il supporto fornito da altri pazienti affetti da scompenso cardiaco.

QUESITO DI RICERCA



Interventi di natura informativa/educazionale ed il supporto telefonico strutturato sono efficaci per ottimizzare il case management infermieristico e ridurre il rischio di ricoveri ripetuti (in particolare, di re-ricovero a 30 giorni) dei pazienti con scompenso cardiaco, nel periodo che segue la dimissione ospedaliera?

2) REVISIONE DELLA LETTERATURA

PICO (Popolazione/Intervento/Confronto/Outcome)



P: pazienti con scompenso cardiaco post dimissione ospedaliera



I: follow up telefonico, interventi educativi, materiale informativo



C: /



O: prevenzione delle riammissioni

DISEGNI DI STUDIO: revisioni sistematiche con o senza meta-analisi, RCT

BANCHE DATI: Medline, Joanna Briggs Institute, Cinhal, Cochrane

KEY WORDS: “heart failure”, “patient readmission”, preventing, telephone



STRATEGIA DI RICERCA: vedi TABELLA 1 *pag.4*

“EVIDENCE TABLE” (descrizione sintetica di ogni studio selezionato): vedi TABELLA 2 *pag.5*

TABELLA 1: ricerca bibliografica al 15/10/2015 (solo articoli full text)

BD	Parole Chiave	N. Articoli Rilevati	N. Articoli Selezionati	Articoli con citazioni	PDF
Medline	(preventing[All Fields] AND ("heart failure"[MeSH Terms] OR ("heart"[All Fields] AND "failure"[All Fields]) OR "heart failure"[All Fields]) AND readmission[All Fields]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND "2010/08/29"[PDat] : "2015/08/27"[PDat])	6	1	The Efficacy of Written Information Intervention in Reduction of Hospital Re-admission Cost in Patients With Heart Failure; A Systematic Review and Meta-Analysis. Zarea Gavvani V, Kazemi Majd F, Nosratnejad S, Golmohammadi A, Sadeghi-Bazargani H. J Cardiovasc Thorac Res. 2015;7(1):1-5. doi: 10.15171/jcvtr.2015.01. Epub 2015 Mar	Zarea Gavvani 2015
Medline	"Heart Failure"[Mesh] AND "Telephone"[Mesh] AND (systematic[sb] AND "2005/08/30"[PDat] : "2015/08/27"[PDat])	8	1	Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Stewart S, Cleland JG. Eur J Heart Fail. 2011 Sep;13(9):1028-40. doi: 10.1093/eurjhf/hfr039. Epub 2011 Jul 6.	Inglis 2011
Medline	"Heart Failure"[Mesh] AND "Patient Readmission"[Mesh] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND "2005/08/30"[PDat] : "2015/08/27"[PDat] AND English[lang])	33	1	Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ, Arvanitis M, Lohr KN, Middleton JC, Jonas DE. Ann Intern Med. 2014 Jun 3;160(11):774-84. doi: 10.7326/M14-0083. Review. PMID:24862840	Feltner 2014
JBI	(rehospitalization and heart and failure).mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	23	1	The effectiveness of telephone-based post-discharge nursing care in decreasing readmission rate in patients with heart failure: a systematic review. Lee, Juhee [RN, PHD]. Park, Sunhee [RN, MSN]. The JBI Library of Systematic Reviews. 8(32):1288-1303, 2010.	Lee 2010
Cochrane	'heart failure readmission in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews'	3	0		
Cinhal	heart failure readmission No limiti	23	0		

TABELLA 2: “EVIDENCE TABLE” (descrizione sintetica e valutazione metodologica degli studi selezionati)

FONTE	DISEGNO PICO	CAMPIONE SETTING	TRATTAMENTO	RISULTATI	GRADING (Sign)	COMMENTO
Zarea Gavvani 2015	<p>Revisione sistematica con metanalisi</p> <p>P: pazienti con HF I: interventi educativi con informazioni in forma scritta C: interventi educativi con informazioni non in forma scritta O: riammissioni, costi, spese</p>	<p>3 RCTs 754 pazienti con HF (età media 74.33)</p> <p>End-point primario: l'efficacia di materiale informativo scritto sui costi relativi alla riammissione del paziente con HF Setting: 2 RCT condotti in Spagna, 1 RCT negli USA</p>	<p>Trattati: materiale informativo scritto, come brochure, opuscoli, informative su prescrizione/ terapia farmacologica . Materiale scritto “health literacy”. Controlli: interventi educativi/informativi non supportati da materiale scritto</p>	<p>Risparmio sui costi relativi alla riammissione Trattati vs controlli: valore medio/pz US \$2751 (95% CI: 2708 – 2794, p=0.000) Risparmio dei costi complessivi (sulla base dei costi del 2010) Trattati vs controlli: valore medio/pz US \$2047 (95% CI: 2004 – 2089, p=0.000).</p>	1+	<p>Limiti: no publication bias, no eterogeneità (dichiarata ma i test di eterogeneità non sono stati riportati)</p> <p>Fornire al paziente informazioni scritte alla dimissione è uno dei fattori efficaci per ridurre i costi legati alle riammissioni.</p>
Lee 2010	<p>Revisione sistematica con metanalisi</p> <p>P : pazienti dimessi con diagnosi di HF I: follow up telefonico come parte del nursing post-dimissione C: pratica routinaria senza follow up O: riduzione incidenza riammissioni nei 6 mesi post dimissione</p>	<p>10 RCT, 2148 pazienti con HF recentemente ospedalizzati Gruppo sperimentale: 1021 pz Gruppo controllo: 1127</p> <p>Setting: studi inclusi condotti in USA e in Europa</p>	<p>Trattati: follow up telefonico (STS) in cui l’infermiere fornisce informazioni, verifica l’aderenza alla terapia farmacologica , evidenzia precocemente segni e sintomi di complicanze, monitora i sintomi Controlli: pratica routinaria</p> <p>Follow up telefonico di durata variabile : 1 anno, per 6 mesi, per 12 settimane e con avvio entro 3-5 gg dalla dimissione</p>	<p>Tasso di Riammissione <i>Trattati vs controlli</i> A 3 mesi (4 RCT, 852 pz) : RR 0.79 95% CI 0.69-1.00, p=0.05 $\chi^2=6.23$ p=0.1013838, eterogeneità non presente</p> <p>A 6 mesi: (4 RCT, 1086 pz) RR 0.82 95% CI 0.68-0.99, p<0.05 $\chi^2=4.55$ p=0.20875, eterogeneità non presente</p> <p>A 12 mesi (5 RCT, 853 pz): RR 0.66 95% CI 0.55-0.78, p<0.05 $\chi^2=1.78$ p=0.7761394, eterogeneità non presente</p>	1++	<p>Limiti: la revisione include solo studi pubblicati, potrebbe esserci letteratura grigia rilevante non inclusa in questa revisione.</p> <p>Efficacia del follow up telefonico nurse-led come parte integrante del nursing post dimissione per riduzione delle riammissioni a 6 mesi (riduzione del rischio del 18%) e a 12 mesi (riduzione del rischio 34%)</p>
Inglis 2011	<p>Revisione sistematica Cochrane con metanalisi</p> <p>P: pazienti con HCF con recente dimissione da setting di cure I: STS e TM C: cure usuali O: mortalità,</p>	<p>25 RCT (8323 pazienti) e 5 abstract di RCT (1482 pazienti)</p> <p>16 RCT per STS (5613 pazienti)</p> <p>Studi condotti in vari setting: principalmente USA ed Europa, 1 studio in Australia, 1 in India, 1</p>	<p>Trattati: STS=monitoraggio dei sintomi e gestione del self care (giornalmente, settimanalmente e mensilmente) avviato da un professionista sanitario (medico, infermiere, farmacista, assistente sociale) utilizzando il telefono Controlli: cure usuali</p>	<p>Mortalità Trattati (STS) vs controlli RR 0.88 (95% CI 0.76-1.01), P= 0.08, risultato non statisticamente significativo. No eterogeneità: I^2 0%</p> <p>Riduzione delle ospedalizzazioni per HCF Trattati (STS) vs controlli RR 0.77 (95% CI 0.68-0.87), p < 0.0001 , risultato statisticamente significativo Eterogeneità bassa: I^2 7%</p> <p>Riduzione delle ospedalizzazioni per tutte le</p>	1++	<p>Limiti: i ricercatori dichiarano possibili bias di pubblicazione. Variabilità nella tempistica dell’ intervento (incluso 1 RCT con 1 telefonata al mese, un altro RCT con telefonata al 3°, 7°, 14°, 21°, 28° e 56° giorno post dimissione. Questo aspetto non rende possibile il calcolo del NNTB (“number needed to treat benefit”) ovvero del numero di pazienti che dobbiamo sottoporre al</p>

	ospedalizzazione, costi, durata della degenza, qualità della vita, accettabilità, aderenza ai trattamenti	in Canada		<p>cause Trattati (STS) vs controlli RR 0.92 (95% CI 0.85-0.99), $p < 0.0001$, risultato statisticamente significativo Eterogeneità bassa: I^2 24%</p> <p>Miglioramento della qualità della vita, del self-care e riduzione dei costi nei trattati</p>		<p>trattamento sperimentale per la durata del trial al fine di prevenire un evento aggiuntivo. Difficoltà anche nel training degli operatori e nel tipo di professionisti coinvolti.</p> <p>Riduzione sostanziale del 23% del rischio di ospedalizzazione per CHF nei trattati, modesta riduzione del rischio (8%) di ospedalizzazione per tutte le cause. No differenze tra i gruppi per rischio di mortalità. La metanalisi non fornisce evidenze riguardo alla frequenza, ai tempi di durata dell'intervento, alla tipologia di operatore.</p>
<p>Feltner 2014</p> <p>Feltner 2014</p>	<p>Revisione sistematica con metanalisi P: pazienti con HCF I: cure transizionali C: cure usuali O: riduzione tasso di riammissione</p>	<p>47 RCT</p> <p>13 RCT per STS 4 RCT per programmi educativi</p> <p>Studi condotti in vari setting: principalmente USA e in Europa, 2 studi in Australia, 3 in Canada, 1 in Giappone</p>	<p>Trattati: STS, telemonitoring, "home visiting", ambulatori multidisciplinari per HCF, programmi educativi Controlli: cure usuali</p> <p>I ricercatori hanno graduato il livello di evidenza dei risultati con il modello AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)</p>	<p>STS: Trattati vs controlli <u>Riammissioni a 30 gg</u> Per tutte le cause (1 RCT 134 pz) : RR 0.80 (95% CI 0.38–1.65) Per HF (1 RCT 134 pz) : RR 0.63 (0.24–1.87) <u>Riammissioni a 3-6 mesi</u> Per tutte le cause (8 RCT 2166 pz) : RR 0.92 (95% CI 0.77–1.10) ($I^2 = 61.7\%$) Per HF (7 RCT 1790 pz) : RR 0.74 (0.61–0.90) NNT=14 <u>Mortalità</u> (6 RCT, 2011 pz) RR 0.69 95% CI (0.51–0.92) ($I^2 = 0.0\%$) NNT= 27</p> <p><u>Durata ricoveri successivi a 30 gg</u> (1 RCT 134 pz) WMD: -0.95 gg (95% CI -2.43-0.53 non significativo) <u>Durata ricoveri successivi a 3-6 mesi</u> (5 RCT 1068 pz) WMD: -2.49 gg (95% CI -3.93, -1.04)</p> <p>Programmi educativi Trattati vs controlli <u>Riammissioni a 3-6 mesi</u> Per tutte le cause (1 RCT 200 pz): RR 1.14 (95% CI 0.84–1.54) non significativo</p>	<p>1+</p>	<p>Limiti: le cure usuali sono eterogenee e spesso non sono adeguatamente descritte. Alcuni trials non riportano in maniera chiara i metodi usati per valutare le riammissioni. L'eterogeneità della misurazione del tasso di riammissione tra i diversi studi è un limite di questa metanalisi.</p> <p>STS riduce le riammissioni per HF (evidenza di alto grado) ma non le riammissioni da tutte le cause; evidenza di livello moderato per incidenza mortalità (NNT 27). Interventi inerenti programmi educativi non riducono i tassi di riammissioni e mortalità. Non ci sono evidenze per la riduzione delle riammissioni a 30 giorni</p>

				Per HF (1 RCT 1790 pz) : RR 0.53 (0.31–0.90) <u>Mortalità a 3-6 mesi</u> (2 RCT 423 pz): RR 1.20 (95% CI 0.52–2.76) non significativo		
--	--	--	--	---	--	--

Legenda

HF (Heart Failure) = scompenso cardiaco

HCF (Heart Chronic Failure) = scompenso cardiaco cronico

STS (Structured Telephone Support) = assistenza telefonica strutturata

TM (TeleMonitoring) = telemonitoraggio

WMD (Weighted Mean Difference)=differenza media pesata

RR (Relative Risk)= rischio relativo

CI (Confidence Interval) = intervallo di confidenza

TABELLA 3: SINTESI DELLE EVIDENZE

TABELLA 3: sintesi delle evidenze			
Categoria (Livello)	N° fonti	Valutazione complessiva Qualità	Sintesi dei risultati delle evidenze (livello)
Livello 1 (studi sperimentali) <ul style="list-style-type: none"> • Revisioni sistematiche di RCT con senza meta-analisi • RCT 	4	2 studio ++ 2 studi +	<p>Fornire informazioni scritte “health literacy” al momento della dimissione (brochure, opuscoli, informative su prescrizione/ terapia farmacologica) diminuisce in maniera significativa i costi/pz per riammissione (risparmio su costi riammissione valore medio/pz US \$2751 [95% CI: 2708 – 2794, $p=0.000$], risparmio su costi complessivi valore medio/pz US \$2047 [95% CI: 2004 – 2089, $p=0.000$]) (LIVELLO A)</p> <p>Il follow up telefonico come parte integrante del nursing post dimissione riduce in maniera statisticamente significativa le riammissioni a 3-6mesi per HF (RR 0.74 [0.61–0.90, NNT=14] e la mortalità (RR 0.69 [95% CI 0.51–0.92] NNT= 27) (LIVELLO A)</p> <p>Il follow up telefonico in cui l’infermiere fornisce informazioni, verifica l’aderenza alla terapia farmacologica evidenzia precocemente segni e sintomi di complicanze con monitoraggio di sintomi riduce in maniera significativa il rischio di riammissione a 6 mesi del 18% (RR 0.82 [95% CI 0.68-0.99, $p<0.05$]), a un anno del 34% (RR 0.66 [95% CI 0.55-0.78, $p<0.05$]) (LIVELLO A)</p> <p>Con STS avviato da un professionista sanitario riduzione del 23% del rischio di ospedalizzazione per CHF (RR 0.77 [95% CI 0.68-0.87 $p < 0.0001$]), risultato modesto per tutte le cause (RR 0.92 [95% CI 0.85-0.99 $p < 0.0001$]) (LIVELLO A)</p> <p>Con STS riduzione del 26% del rischio a 3-6 mesi di riammissione per HFC, NNT=14, riduzione del 31% del rischio di mortalità con NNT= 26 (LIVELLO B). No evidenze per STS per riammissioni a 30 giorni (LIVELLO A).</p>
Livello 2 (studi quasi-sperimentali) <ul style="list-style-type: none"> • Revisioni sistematiche di studi osservazionali (coorte, caso-controllo) • Studi coorte • Studi caso-controllo • Studi non randomizzati 	/	/	
Livello 3 (studi descrittivi) <ul style="list-style-type: none"> • Studi descrittivi • Case report • Serie di casi 	/	/	
Livello 4 Consenso formale di opinioni di esperti	/	/	
<p>HF (Heart Failure) = scompenso cardiaco STS (Structured Telephone Support) = assistenza telefonica strutturata RR (Relative Risk)= rischio relativo CI (Confidence Interval) = intervallo di confidenza NNT (Number Needed to Treat) = numero di pazienti da trattare per ottenere un beneficio terapeutico</p>			

3) DISCUSSIONE

La letteratura esaminata è composta da studi secondari di buon livello metodologico. Una revisione sistematica fornisce evidenza dell'utilità di fornire materiale informativo scritto, al momento della dimissione, ai pazienti con scompenso cardiaco. Il materiale informativo scritto, tipo opuscoli, brochures, fogli informativi sulla terapia farmacologica in atto, formulati "health literacy", con linguaggio chiaro e comprensibile, impatta in maniera efficace sulla spesa sanitaria e riduce i costi relativi alla riammissione rispetto a fornire ai pazienti informazioni nella sola forma verbale. La revisione del Joanna Briggs del 2010, molto pertinente al nostro quesito perché include solo interventi condotti da personale infermieristico, dimostra che il nursing telefonico (STS, supporto telefonico strutturato) è efficace per diminuire il tasso delle riammissioni ospedaliere dei pazienti scompensati, a 6 mesi e a 12 mesi rispettivamente del 18% e del 34%, mentre a 3 mesi la sua efficacia non è dimostrata. Nella maggior parte degli studi inclusi gli interventi sono eseguiti da infermieri laureati o da "nurse practitioner" e comprendono: fornire informazioni, monitoraggio dei sintomi, controllo e supporto per l'aderenza alla terapia farmacologica, precoce riconoscimento di segni e sintomi di complicanze. Il periodo di intervento varia da 12 settimane a 1 anno: per 5 dei 10 studi inclusi il follow-up telefonico ha durata di 1 anno dopo la dimissione, per 3 studi 6 mesi e per i restanti 2 studi si protrae per 12 settimane; in genere il primo contatto telefonico avviene entro 3-5 giorni dalla dimissione e la frequenza delle chiamate è difforme: inizialmente settimanale, in seguito secondo una tempistica a decrescere, predefinita o guidata dal giudizio degli infermieri. Nella totalità degli studi non viene chiarito che cosa s'intende per "cure usuali" fornite nei gruppi di controllo. Anche la revisione Cochrane di Inglis (2011) dimostra che l'adozione del STS post dimissione permette di ottenere una riduzione del 23% del rischio di re-ricovero del paziente scompensato, ma la variabilità della tempistica del follow-up, del training e della stessa tipologia degli operatori coinvolti non consente di definire con quale timing di intervento e con quale tipologia di personale, anche in team, si possano ottenere i migliori outcomes. La revisione sistematica più recente (Feltner 2014) conferma STS come intervento efficace, in quanto riduce il rischio di riammissione per scompenso a 3-6 mesi del 26% e la mortalità del 31%; anche questo studio non fornisce evidenza per le riammissioni a 30 giorni, né dimostra che l'adozione di programmi educativi possa impattare favorevolmente sulla riduzione del numero dei re-ricoveri. I pazienti con scompenso cardiaco spesso vengono nuovamente ricoverati entro il primo anno dopo la dimissione (AIHW 2003). Le cause che più frequentemente li portano ad accedere nuovamente alla struttura ospedaliera in regime di ricovero sono: la mancanza di aderenza al trattamento, le trasgressioni al regime dietetico, la mancanza di un'adeguata istruzione all'autogestione e al self-care della patologia e le problematiche connesse all'età ed alle condizioni di comorbidità (Grancelli et al 2003). Un programma di follow-up attivo tramite supporto telefonico strutturato, a partire dal 3°-5° giorno dopo la dimissione e condotto, secondo un calendario prefissato, da infermieri esperti ed appositamente formati, sembra essere un valido approccio per ridurre non solo le probabilità di decesso ma soprattutto quella di ritorno in ospedale nei sei mesi/dodici mesi successivi alla dimissione; l'intensità degli interventi, bi-settimanale, settimanale piuttosto che con altra tempistica, dipende essenzialmente dalle risorse a disposizione e dalla valutazione clinica del professionista, caso per caso. I contatti telefonici, volti a verificare l'aderenza allo schema terapeutico prescritto, il monitoraggio dei parametri e la comparsa di complicanze, devono attivare un feedback costante con pazienti e caregiver, che consenta ai sanitari di mettere in atto ogni misura utile ad evitare riammissioni ospedaliere non necessarie ma, allo stesso tempo, di cogliere tempestivamente alerts di peggioramento clinico, indirizzando il paziente all'appropriato percorso di cura.

4) PUNTI DI BUONA PRATICA CLINICA



1 Alla dimissione ospedaliera del paziente con scompenso cardiaco, la consegna di materiale informativo (opuscoli, informative su prescrizione/terapia farmacologica, brochure) formulato in forma scritta e con strategie “health literacy” potenzia l’empowerment del paziente e del caregiver e può ridurre i costi relativi alle riammissioni (Livello di evidenza A)

2 L’implementazione di un follow-up telefonico strutturato, come parte integrante del nursing post dimissione del paziente con scompenso cardiaco, può ridurre il tasso di riammissioni ospedaliere a 6/12 mesi, non necessarie (Livello di evidenza A)

3 Il follow up telefonico strutturato deve essere effettuato a cadenza prefissata, secondo un calendario prestabilito ed una tempistica compatibile con le risorse infermieristiche in dotazione sia con il grado di stabilità del paziente (Livello di evidenza A)

4 L’infermiere case-manager struttura il follow up telefonico nei seguenti steps: si informa sulle condizioni del paziente, fornisce i chiarimenti richiesti, verifica l’aderenza alla terapia farmacologica, monitora i parametri (pressione arteriosa, diuresi, peso), evidenzia precocemente segni e sintomi di complicanze (Livello di evidenza A)

5) BIBLIOGRAFIA

- ☞ AIHW *Heart failure...what of the future?* June 2003
- ☞ Dearholt & Dang 2012, “*Johns Hopkins Evidence-based practice: models and guidelines*” Second Edition
Eur J Heart Fail. 2011 Sep;13(9):1028-40. doi: 10.1093/eurjhf/hfr039. Epub 2011 Jul 6
- ☞ Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker -Schwimmer EJ, Arvanitis M, Lohr KN, Middleton JC, Jonas DE. *Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis*. Ann Intern Med. 2014 Jun 3;160(11):774-84. doi: 10.7326/M14-0083.
- ☞ Grancelli H, Varini S, Ferrante D, Schwartzman R, Zambrano C, Soifer S, Nul D, Doval H; *GESICA Investigators*
- ☞ Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Stewart S, Cleland JG. *Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review*.
- ☞ Lee, Juhee [RN, PHD]. Park, Sunhee [RN, MSN]. *The effectiveness of telephone-based post-discharge nursing care in decreasing readmission rate in patients with heart failure: a systematic review*.
- ☞ Mor V, Intrator O, Feng Z, et al. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. Health Affair 2010;1:57-64 *Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure (DIAL): study design and preliminary observations*. J Card Fail. 2003 Jun;9(3):172-9.

- ☞ Zarea Gavgani V, Kazemi Majd F, Nosratnejad S, Golmohammadi A, Sadeghi -Bazargani H. *The Efficacy of Written Information Intervention in Reduction of Hospital Re -admission Cost in Patients With Heart Failure; A Systematic Review and Meta -Analysis.* J Cardiovasc Thorac Res. 2015;7(1):1-5. doi: 10.15171/jcvtr.2015.01. Epub 2015 Mar
- ☞ <http://joannabriggs.org/>
- ☞ <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>
- ☞ <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>

6) GRUPPO DI LAVORO

Infermiera Case Manager Martina Bernabucci Ambulatorio Scopenso Cardiaco
email: martina.chiara@live.it

Coordinatore Infermieristico Dr.ssa Serena Frassini Direzione Dipartimento IOTR
email: serena.frassini@ospedalimarchenord.it