

La percezione della Qualità di vita del paziente con scompenso cardiaco: indagine sul campoMottola Antonella¹, Cefalo Maria Grazia², Di Martino Maurizio³, Continisio Grazia Isabella⁴

1. Dottore in Infermieristica e Sanità Pubblica, Responsabile Servizio Infermieristico/Ostetrico, Azienda Ospedaliera Rummo, Benevento
2. Infermiera, Benevento
3. Infermiere Pediatrico, A.O.U. Federico II, Napoli
4. Psicologa, A.O.U. Federico II, Napoli

Corresponding Author:* Antonella Mottola, RN, MSN, PhD. E-mail: mottola.antonella@libero.itDoi: [10.32549/OPI-NSC-21](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-21)ABSTRACT****Introduzione**

Lo Scompenso Cardiaco ha un impatto importante sui pazienti, le famiglie e la spesa sanitaria. Il peggioramento della tolleranza agli sforzi, la dispnea, lo sviluppo di patologie multi organo e la necessità di cambiamenti di stili di vita e di una complessa terapia farmacologica possono determinare un impatto negativo sulla qualità di vita di questi pazienti. Gli aspetti psicologici e socioculturali contribuiscono all'espressione dei sintomi e alla percezione da parte del paziente della malattia. Pertanto risulta essenziale esplorare il vissuto del paziente nell'ambito di cura.

Obiettivo

Definire il vissuto del paziente con Scompenso Cardiaco. Rilevare, analizzare e comprendere gli aspetti della vita quotidiana che vengono influenzati dallo Scompenso Cardiaco.

Metodo

Indagine osservazionale condotta da settembre 2015 a marzo 2016. Sono stati inclusi 41 pazienti con diagnosi di Scompenso Cardiaco, nella provincia di Benevento. Per il raggiungimento degli obiettivi dello studio sono stati somministrati ai soggetti inclusi il Six-Item Screener, Questionario Socio Demografico, Epworth Sleepiness Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Risultati

Dai risultati dello studio, non sono emersi "fattori barriera" che compromettono la qualità della vita dei pazienti e l'efficacia della loro autocura. Sono emerse, tuttavia, importanti differenze tra le categorie individuate. Le donne, così come i soggetti under 65, si sono rivelati essere più fragili in termini di "performance emotiva" e di "percezione" di una rete sociale che le supporti (oltre la famiglia).

Conclusioni

I risultati emersi sono in linea con i dati della letteratura scientifica. Gli aspetti psicoemotivi possono rappresentare delle fragilità e condizionare il vissuto del paziente con Scompenso Cardiaco. Lo studio può offrire uno spunto per una ulteriore indagine orientata alla individuazione ed all'implementazione di un nursing che non solo "curi" e "guarisca", ma che supporti, orienti il paziente.

Keywords: QoL, Scompenso Cardiaco, esperienze del paziente, percezione del supporto sociale, ansia e depressione percepita.

Quality of Life in heart failure patients: survey of perception

ABSTRACT

Background

Heart Failure has a major impact on patients, families and healthcare spending. Worsening stress tolerance, dyspnea, the development of multi-organ pathologies and the need for lifestyle changes and a complex drug therapy can have a negative impact about the quality of life of these patients. Psychological and socio-cultural aspects contribute to the expression of symptoms and to the patient's perception of the disease. Therefore it is essential to explore the patient's experience in the care setting

Objective

To explore the patient's experience with Heart Failure. Measure, analyze and understand aspects of daily life of subjects that are affected by the Heart Failure.

Method

Observational study was conducted since September 2015 to March 2016. We have included 41 patients diagnosed with Heart Failure, in the province of Benevento. To achieve the objectives of the study we used specific tools: Six-Item Screener, Demographic Questionnaire, Epworth Sleepiness Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Results

From the results of the study, no "barrier factors" have emerged that compromise the quality of life of patients and the effectiveness of their self-sufficiency. However, important differences emerged between the categories identified. Women, as well as the subject under 65, have proved to be more fragile in terms of "emotional performance" and "perception" about a social supports them (beyond the family).

Conclusion

The results emerged are in line with the data of the scientific literature. Psycho-emotional aspects can represent fragility and condition the patient's experience with Heart Failure. The study can offer an opportunity for a further investigation oriented to the identification and implementation of a holistic nursing that not only "give care", but that supports, orient the patient.

Keywords: QoL, Heart Failure, patient's experience, patient's perceived social support, perception of anxiety and depression.

BACKGROUND

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una malattia cronica in forte aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, mentre solo lo 0.5-2% della popolazione generale è affetta da SC, negli ultrasessantacinquenni questa patologia interessa una persona su cinque [1]. In Italia si stima che siano 1 milione i pazienti affetti da SC e questa cifra aumenta se si considerano anche coloro che sono asintomatici. Lo SC è la causa del 5% delle ospedalizzazioni, è presente nel 10% dei pazienti ricoverati e rappresenta il 2% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale [1-3]. La mortalità per SC è pari al 50% a 4 anni dalla diagnosi mentre il 40% dei pazienti ricoverati per SC muore o viene riospedalizzato entro 1 anno [2, 4]. La storia naturale della malattia è caratterizzata da fasi di esacerbazione clinicamente evidenti, intervallate da periodi di stabilità clinica, con un progressivo scadimento della capacità funzionale e della qualità di vita. La prognosi dei pazienti affetti da SC è stata spesso paragonata a quella delle neoplasie maligne. Studi di popolazione in pazienti ambulatoriali documentano una mortalità intorno al 5-7% durante il ricovero, del 10% a 30 giorni, 20-25% ad 1 anno e 50% a 5 anni dalla diagnosi(5). La letteratura scientifica descrive come un self care inadeguato produca un abbassamento della qualità di vita ed un aumento delle riospedalizzazioni e dell'utilizzo dei servizi di emergenza [6, 7]. Infatti viene evidenziato come la cura di sé, nei diversi momenti della malattia, sia fondamentale per migliorare i risultati e ridurre il tasso delle riospedalizzazioni.

Il problema importante nella gestione dei pazienti è quello di comprendere come i sintomi dello SC, quali la dispnea, gli edemi diffusi, l'affaticabilità, le alterazioni del sonno, mancanza di appetito ed astenia, possono essere la causa di una riduzione della qualità della vita. Inoltre per alcuni pazienti si rende necessario, anche, considerare la presenza di tali sintomi con gli stadi della malattia e/o la presenza contemporanea di diverse malattie e qualità della vita [8, 9]. Pertanto si è deciso di condurre questo studio per indagare gli aspetti relativi della qualità di vita di un campione di 41 pazienti con SC. Analizzare il vissuto significa analizzare l'approccio della persona alla malattia ed alla cura, permettendo di individuare tutti quei comportamenti modificabili e che influenzano l'andamento della malattia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Indagine osservazionale condotta da settembre 2015 a marzo 2016. Sono stati inclusi 41 pazienti con diagnosi di Scompenso Cardiaco, nella provincia di Benevento. Il reclutamento è stato effettuato presso lo studio di un MMG previa acquisizione dell'autorizzazione alla conduzione dello studio. Prima della raccolta dei dati è stato acquisito da tutti i partecipanti il consenso alla conduzione dell'indagine, garantendo il pieno rispetto della privacy. Per il raggiungimento degli obiettivi dello studio sono stati somministrati ai partecipanti dello studio il Six-Item Screener (Screening della compromissione cognitiva in 6 domande), Questionario Socio Demografico, Epworth Sleepiness Scale (Scala di Epworth per la valutazione della sonnolenza), Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito).

Criteria di inclusione ed esclusione

In questo studio sono stati inclusi i pazienti:

- con età superiore a 18 anni; che hanno rilasciato il consenso alla partecipazione all'indagine; senza alcun deterioramento cognitivo; in grado di comprendere e parlare la lingua italiana; con diagnosi di scompenso cardiaco da almeno due mesi; pazienti in classe NYHA II (ovvero in una condizione di malattia meno grave e senza sintomi); pazienti non ospedalizzati o non ospitati in RSA.

Non sono stati inclusi i pazienti:

-con età inferiore a 18 anni; con alterazioni dello stato cognitivo; che non hanno rilasciato il consenso alla partecipazione all'indagine; che non parlavano e comprendevano la lingua italiana; pazienti in classe NYHA III e IV; pazienti ospedalizzati o residenti in RSA.

Strumenti.

Per esplorare il la percezione della qualità di vita dei pazienti sono state utilizzate le scale di seguito elencate:

- *Six-Item Screener* [10, 11]: si tratta di un test di screening che individua l'eventuale presenza di deterioramento cognitivo attraverso domande che richiedono l'uso della memoria e la capacità di orientamento temporale. Il punteggio da 0-3 indica Probabile compromissione mentre un punteggio 4-6 indica Compromissione meno probabile.
- *Questionario Socio Demografico*: per indagare le caratteristiche socio-anagrafiche (genere, età, classe sociale, titolo di studio, condizione occupazionale, stato civile)
- *Epworth Sleepiness Scale* [12]: somministrato per quantificare la sonnolenza diurna attraverso domande sulla probabilità del soggetto di addormentarsi in diverse situazioni della vita quotidiana; la scala può rivelare eventuali disturbi del sonno. Interpretazione: un risultato < 12 indica un soggetto con normale sonnolenza diurna; un risultato compreso tra 12 e 14 indica un soggetto con ipersonnolenza diurna mentre un risultato >14 indica un soggetto affetto da un'importante ipersonnolenza diurna.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale HADS* [13]: consente di indagare la sfera psichica relativamente ai due principali disturbi dell'umore: l'ansia e la depressione. L'HADS si avvale di due scale di 7 domande ciascuna, con risposta Likert a 4 punti (0= nessuna, 3= massima gravità). Una scala valuta la componente d'ansia e l'altra la componente di depressione. Per ogni domanda il paziente deve indicare qual è l'opzione che meglio indica il livello attuale del suo stato emotivo; è possibile una sola risposta. I pazienti che ottengono un punteggio da 0 a 7 sono indicati come nella norma (Non Cases), quelli con un punteggio da 7 a 11 sono indicati come pazienti a rischio, che potrebbero trasformarsi in casi psicopatologici (Borderlines), mentre i pazienti con punteggio superiore a 11 vengono indicati come casi conclamati (Cases).
- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* [14]: la scala multidimensionale del supporto sociale valuta il supporto sociale percepito, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa. È composta da 12 item, utilizza un formato di risposta di tipo Likert a sei punti e si compone di tre subscale, ognuna di 4 item, che permettono di rilevare la percezione del sostegno proveniente da tre fonti: famiglia (MSPSS/F), amici (MSPSS/A), altro significativo (MSPSS/O).

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati inseriti, ai fini dell'analisi, nel software di statistica SPSS, successivamente sono state estrapolate delle categorizzazioni avendo come riferimento due variabili, scelte sulla base dei riscontri frequenti in letteratura, previste all'interno del questionario socio demografico: la variabile del sesso e dell'età. Per valutare se le due variabili dei pazienti prese in considerazione fossero associate alle caratteristiche della qualità di vita indagate, sono state create tabelle delle tavole di contingenza.

RISULTATI

– *Empworth Sleepiness Scale (ESS)* e delle relative tavole di contingenza con le variabili/classi “*sex*” e “*classi di età*”. I dati raccolti dalla somministrazione di questa scala hanno consentito di rilevare che il campione non presenta problemi di disturbi del sonno/insonnia. Ad items più critici quali “*in automobile, fermo per pochi minuti nel traffico*” o “*seduto mentre parlo con qualcuno*” o “*seduto inattivo in un luogo pubblico*” la risposta “*non mi addormento mai*” è risultata la più frequente con una percentuale compresa tra l’80,5% e il 97,6% dei partecipanti. Non sono state dunque riscontrate situazioni potenzialmente pericolose relative alla sfera del sonno [15]. Non sono emerse associazioni con le categorie “*sex*” e “*classi di età*” (under 65 anni ed over 65 anni),

– *Hospital Anxiety and Depression Scale* e delle relative tavole di contingenza con le variabili “*sex*” e “*classi di età*”. L’analisi dei dati non ha evidenziato nel campione aspetti particolarmente preoccupanti che possano indicare la presenza di disturbi dell’ansia e/o depressione, contrariamente da quanto emerge dalla letteratura [16]. In particolare, la maggiore frequenza di risposte non del tutto “*negative*” è stata riportata per 2 items indaganti la sfera dell’ansia e per 1 item indagante la sfera della depressione. Per la risposta all’item “*mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti*” è stato osservato che una percentuale minima dei partecipanti si è collocata all’estremo *negativo* “*per la maggior parte del tempo*”, tuttavia una percentuale maggiore, è risultata essere in direzione della risposta “*a volte ma non spesso*”, ammettendo dunque di avere pensieri preoccupanti Grafico 2.

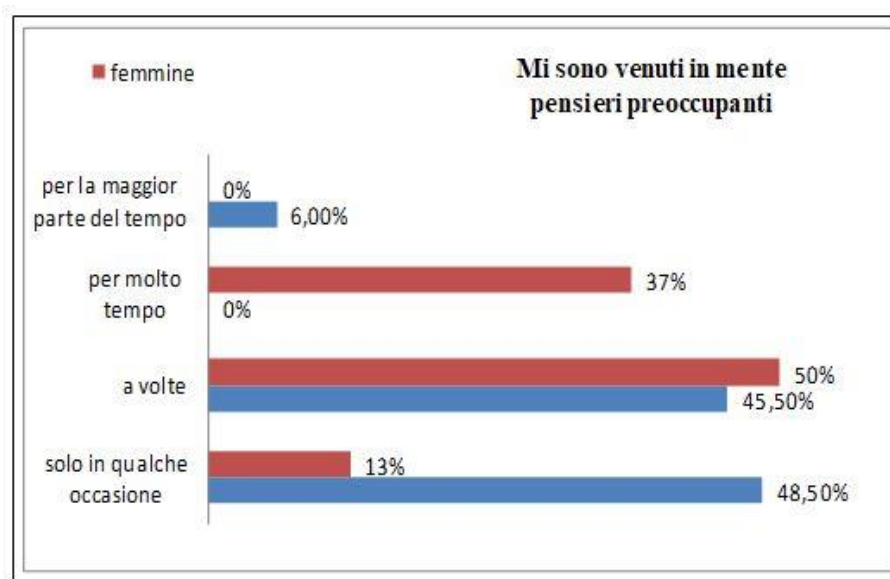
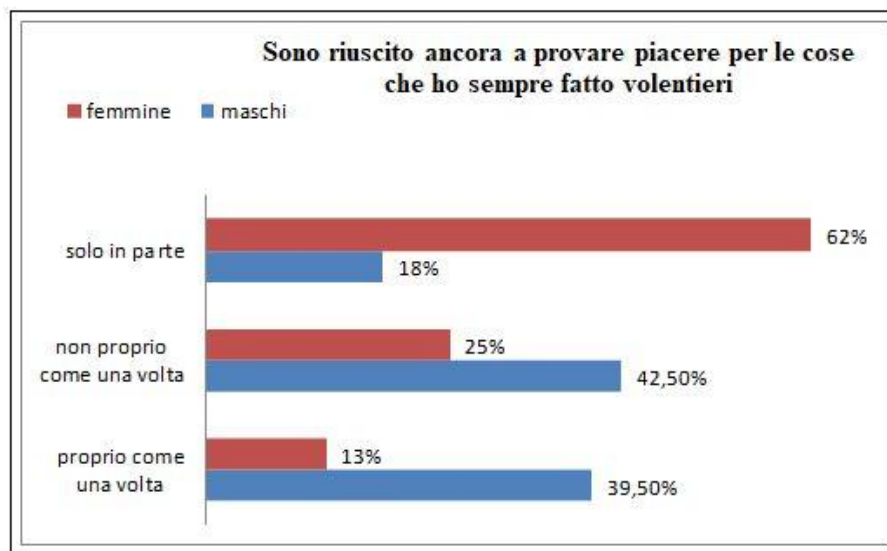


Grafico 2

Benché non siano emerse associazioni significative con la variabile *sex*, si riscontra una certa disomogeneità tra i maschi e le femmine. Le femmine hanno risposto scegliendo “*a volte*” con una maggiore frequenza rispetto ai maschi che hanno risposto più frequentemente con “*mai*”. All’item “*sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri*” la percentuale maggiore di risposte date dai maschi si sono distribuite tra quelle “*positive*” (“*proprio come una volta*”, “*non proprio come una volta*”), mentre le femmine hanno dato in percentuale nettamente maggiore la risposta più “*negativa*” prevista (“*solo in parte*”) Grafico 1. Tale risultato mette in evidenza come i maschi riescono ancora a provare piacere per le cose che hanno sempre fatto volentieri proprio come una volta o non proprio come una volta, mentre le femmine decisamente solo in parte.

Le influenze sull'umore, in relazione alle risposte date per l'item "mi sono sentito di buon umore" ha evidenziato una percentuale di risposta prevalente nei maschi maggiormente "positiva", ovvero "per la maggior parte del tempo", mentre quella data dalle femmine (nettamente più preponderante rispetto ai maschi) è stata di un grado meno positivo, ovvero "a volte". Pertanto i maschi si sentono di buon umore per la maggior parte del tempo, le femmine solo a volte, infatti il campione femminile ha dato risposte meno ottimistiche/positive rispetto ai maschi. Dall'analisi dei dati ottenuti dall'elaborazione della tavola di contingenza con la variabile "classe di età" non sono emerse differenze significative tra le risposte date dagli under 65 anni e quelle date dagli over 65 anni, ma in ogni caso gli under 65 tendevano a dare risposte più pessimistiche. Nei grafici 6, 7, sono descritte i dati relativi alle risposte disomogenee, divise tra quelle indaganti la depressione (6 risposte disomogenee su 7 items) e quelle indaganti l'ansia (2 su 7). Dati ottenuti dall'indagine del quesito relativo alla depressione.

Grafico 1



Dai dati ottenuti con l'elaborazione della contingenza con la variabile "classe di età" è emerso che: a) gli under 65, rispetto agli over, hanno dato risposte meno positive (solo in parte/non proprio come un tempo/un po' meno); b) le disomogeneità sono quasi tutte collocate nel sottotest indagante la depressione (solo 1 collocata nel sottotest indagante l'ansia), cioè gli under 65 hanno dato risposte meno positive/ottimistiche ai quesiti sulla depressione, leggibile come: l'umore degli under 65 è potenzialmente influenzabile in termini depressivi; c) tra le disomogeneità, le uniche che hanno fatto emergere un punto di vista meno ottimistico/positivo da parte degli over 65 rispetto agli under 65 (e non viceversa come la tendenza principale) sono rilevabili nei due quesiti che indagano un aspetto più "fisico" ("mi sono sentito rallentato/ho perso interesse per il mio aspetto fisico"), interpretabili come: gli over 65 si sentono rallentati e non pensano di prendersi cura dell'aspetto fisico come dovrebbero.

– Risultati della Scala Multidimensionale della Percezione del Supporto Sociale e delle relative tavole di contingenza con le variabili/classi "sesso" e "classi di età". Ad una prima osservazione è emersa una evidente percezione positiva del supporto sociale da parte dei pazienti. Le uniche risposte con un riscontro percentuale maggiore che possano indurre a pensare che il paziente non abbia questa percezione del tutto positiva sono state quelle relative alla percezione del supporto offerto dagli amici.

Anche in questa scala, analizzando nel particolare i dati ottenuti con l'elaborazione delle tavole di contingenza correlate alla variabile "sesso" ed alla variabile "classe di età" sono emerse delle disomogeneità. Le disomogeneità nelle risposte tra maschi e femmine e quelle tra over 65 anni e under 65 anni sono per lo più similmente relative agli items indaganti la percezione del supporto offerto dagli amici. Infatti, maschi e femmine e under 65 e over 65 sono decisamente concordi su come viene percepito il supporto offerto dalla famiglia, con una piccola differenza nella percezione di quest'ultimo tipo di supporto tra maschi e femmine: le femmine percepiscono un po' in meno, rispetto ai maschi, il supporto offerto dalla famiglia in termini di "aiuto nel prendere decisioni". Tale disomogeneità viene rappresentata di seguito nell'ambito della variabile "sesso" e della variabile "classe di età". I dati ottenuti dalla contingenza con la variabile sesso sono rappresentativi di come i maschi tendano verso risposte estreme positive/ottimistiche (*"fortemente in accordo"*) e invece le femmine tendano ad essere meno estreme in queste risposte positive, preferendo risposte quali *"molto in accordo/lievemente in accordo"* e calandosi, inoltre, più frequentemente in una posizione *"neutrale"*. Altre due considerazioni evidenti: 1) le femmine rispetto ai maschi percepiscono meno il supporto offerto dagli amici; 2) le risposte omogenee tra maschi e femmine sono tutte *"fortemente in accordo"*. Infine, le disomogeneità tra maschi e femmine sono riscontrabili: a) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto dagli amici, con risposte meno positive da parte delle femmine; b) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto dalla famiglia in termini di "aiuto nel prendere decisioni", con risposte meno positive da parte delle femmine; c) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto da una persona in particolare (che non specificano se entro o non la famiglia), con risposte meno positive da parte delle femmine

I dati ottenuti dalla contingenza con la classe di età hanno messo in evidenza che le uniche risposte disomogenee tra under 65 e over 65 sono state quelle relative agli amici, tutte tendenzialmente meno positive da parte degli under 65, interpretabile come gli under 65 non percepiscono il supporto offerto dagli amici, che le risposte omogenee tra under 65 e over 65 sono tutte in termini di "fortemente in accordo", interpretabile come under 65 e over 65 sono fortemente in accordo nel percepire il supporto offerto dalla famiglia Grafico 3.

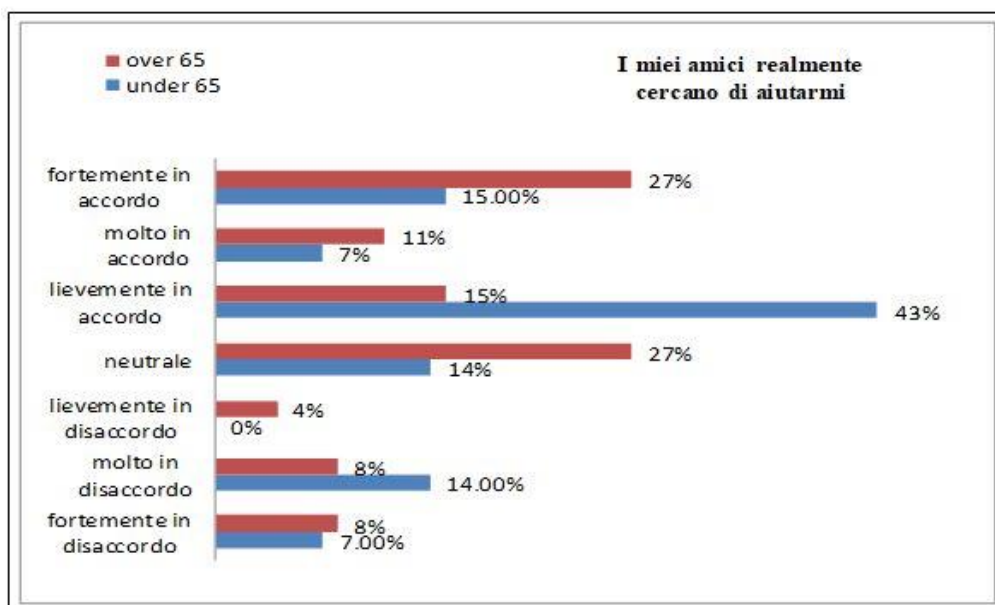


Grafico 3

DISCUSSIONE

L'indagine condotta per esplorare il vissuto dei pazienti con S.C., non ha fatto emergere sostanziali problemi in merito agli aspetti indagati quali: sonno, percezione del supporto sociale, ansia/depressione, i partecipanti alla indagine non hanno manifestato effetti "barriera" correlati alla patologia tali da compromettano il self care. Pertanto si ritiene auspicabile che questo stesso campione sia indagato nell'ambito del self care messo in atto da ciascun partecipante, i cui risultati, qualora fossero coerenti con questa indagine, permetterebbero di rafforzare l'affermazione sopra esposta. Entrando nello specifico dell'indagine, le considerazioni rilevanti sono state, piuttosto, in merito alle differenze tra le categorie del campione sulle quali si è deciso di indagare: maschi/femmine e over 65/under 65, diversamente dagli outcomes correlati ai sintomi clinici (17). Le differenze che sono emerse nelle risposte date alle scale indaganti l'ansia/depressione e la percezione del supporto sociale, ma non a quelle date alla scala indagante i disturbi del sonno. Gli uomini hanno mostrato una sicurezza tale da averli portati a prendere posizioni estreme nel senso "positivo", in particolare nella scala multidimensionale sulla percezione del supporto sociale: si sono sentiti quasi sempre "fortemente in accordo" nell'affermare la presenza di una rete di supporto da parte della famiglia e degli amici. Le donne, invece, hanno difficilmente preso tali posizioni estreme, dando risposte sempre meno positive rispetto a quelle dagli uomini, in particolare alla scala indagante l'ansia/depressione, non rivelando evidenti disturbi dell'umore, ma comunque una certa labilità. Incertezza che si mostra anche sulla percezione del supporto sociale: le donne, al contrario degli uomini, non percepiscono il supporto degli amici tanto quanto gli uomini, avvertendo invece quello della famiglia; l'aspetto particolare in merito a quest'ultimo tipo di supporto è che *non* lo sentono "fortemente" solo relativamente alla possibilità di appoggiarsi alla famiglia nel prendere decisioni, la cosa è leggibile come: le donne sentono la presenza della famiglia, ma o sentono di essere più indipendenti o avvertono una sensazione di solitudine. È verosimile quindi affermare che le donne hanno manifestato una certa fragilità in termini di "performance emotiva", che sarebbe auspicabile indagare per poter comprendere da dove nasce tale fragilità e poter individuare gli strumenti più utili a "diagnosticarla" in una ipotetica dimissione, al fine di individuarne i fattori predittivi e intervenire precocemente con un supporto psicologico. L'altra considerazione rilevante riguarda la correlazione tra la diversità tra l'andamento di risposte date dagli under 65 e di quella date dagli over 65: la tendenza principale, è stata che gli over 65, che potremmo definire categoria fragile/più debole, in quanto appartenente alla classe anziana, si sono rivelati essere più sicuri di sé e più positivi rispetto agli under 65: hanno dimostrato di guardare con ottimismo al futuro e di non aver risentito di cambiamenti nell'umore dovuti alla patologia, se non unicamente un rallentamento fisico. Gli under 65, invece, hanno dimostrato subire maggiormente la patologia, con ripercussioni sull'umore; ripercussioni che però non sono assolutamente collocabili a livelli preoccupanti.

CONCLUSIONI

Si può affermare che lo scompenso cardiaco ha effettivamente delle influenze sul vissuto del paziente, affermazione supportata dai numerosi studi nazionali e internazionali [10]; tali ricadute, però, non sembrano dipendere tanto dal grado di gravità della patologia, quanto da fattori del tutto personali inerenti alla categoria di appartenenza del paziente (maschio/femmina, anziano/non anziano) e inerenti al suo personale vissuto e alle sue precedenti esperienze. Alla luce delle considerazioni sopra descritte, frutto dell'analisi dei dati, sarebbe interessante esplorare gli aspetti emotivi che hanno determinato una differenza nel vissuto, a fronte della patologia, tra le donne e gli uomini, al fine di orientare interventi infermieristici mirati. È auspicabile lo sviluppo di interventi assistenziali che, attraverso strumenti specifici, indaghino ed individuino precocemente quelle che possono essere le vulnerabilità emotive che, come è emerso da

questo studio, rendono le donne potenzialmente più fragili rispetto agli uomini. Un'assistenza infermieristica in grado di farsi carico, supportare e indirizzare le donne verso un corretto stile di vita, che non guardi solo al mantenimento delle condizioni fisiche, ma sia volta a garantire una buona qualità di vita alla luce delle evidenze sull'accertata relazione di interdipendenza tra la qualità della vita e l'andamento della patologia, relazione che vede la malattia influenzare e allo stesso tempo essere influenzata dal vissuto del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Nieminen M, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola V, et al. EuroHeart Survey Investigators; Heart Failure Association, European Society of Cardiology. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J.* 2006;27(22):2725-36.
2. Tavazzi L, Senni M, Metra M, Gorini M, Cacciatore G, Chinaglia A, et al. Multicenter prospective observational study on acute and chronic heart failure: one-year follow-up results of IN-HF (Italian Network on Heart Failure) outcome registry. *Circulation: Heart Failure.* 2013;6(3):473-81.
3. Maggioni A, Spandonaro F. Lo scompenso cardiaco acuto in Italia. *G Ital Cardiol.* 2014;15(2):3-4.
4. Oliva F, Ammirati E, Campana C, Carubelli V, Cirò A, Di Tano G, et al. La frequenza cardiaca e la prognosi nello scompenso cardiaco acuto e cronico. *Giornale Italiano di Cardiologia.* 2016;17(3):3S-16.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal.* 2016;37(29):2315-81.
6. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2016;31(3):226-35.
7. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing.* 2009;24(6):485.
8. scientifiche a cura di Gianna I, Fabbri MG, Maggioni AP. Scompenso cardiaco: pazienti critici. *G Ital Cardiol.* 2007;8(9):568-73.
9. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart.* 2002;87(3):235-41.
10. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International journal of geriatric psychiatry.* 1999;14(11):936-40.
11. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical care.* 2002;771-81.
12. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14(6):540-5.
13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 1983;67(6):361-70.
14. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The multidimensional scale of perceived social support: a confirmation study. *Journal of clinical psychology.* 1991;47(6):756-61.
15. Ferrier K, Campbell A, Yee B, Richards M, O'Meeghan T, Weatherall M, et al. Sleep-disordered breathing occurs frequently in stable outpatients with congestive heart failure. *Chest.* 2005;128(4):2116-22.
16. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General hospital psychiatry.* 2007;29(2):147-55.

17. Misuraca G, Di Tano G, Camerini A, Cloro C, Gorini M. I dati del registro IN-HF Outcome. *G Ital Cardiol.* 2012;13(5 Suppl 1):23S-30S.