



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**PREVENIRE LA RIOSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI CON
SCOMPENSO CARDIACO:
STRATEGIE INFERMIERISTICHE NELLE CURE PRIMARIE.**

Relatore: Prof. Capuzzo Vincenza

Laureando: Trivellato Mauro

Anno accademico 2014/2015

Corso di Laurea in Infermieristica sede di Monselice



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**PREVENIRE LA RIOSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI CON
SCOMPENSO CARDIACO:
STRATEGIE INFERMIERISTICHE NELLE CURE PRIMARIE.**

Relatore: Prof. Capuzzo Vincenza

Laureando: Trivellato Mauro

Anno accademico 2014/2015

Corso di Laurea in Infermieristica sede di Monselice

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	3
1. PROBLEMA	5
1.1 L'epidemiologia.....	9
1.2 Implicazioni per l'assistenza infermieristica	10
1.3 Obiettivo	11
2. MATERIALI E METODI.....	13
3. RISULTATI DELLA RICERCA.....	15
3.1 Descrizione dei risultati	24
4. DISCUSSIONE	29
5. CONCLUSIONI.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	37
ALLEGATI	39

ABSTRACT:

Introduzione. Lo scompenso cardiaco è tra le principali patologie croniche a cui sono associati alti tassi di riospedalizzazione, mortalità, morbidità nel mondo, con conseguenti ricadute sull'aspettativa e sulla qualità di vita. Le cure primarie sono il servizio di assistenza più vicino al luogo di vita della persona e negli ultimi anni sono state al centro di profondi cambiamenti associati all'evoluzione demografica ed economica, per affrontare il problema e per rinforzare i servizi sanitari presenti sul territorio.

Finalità della tesi. Questa revisione di letteratura si propone di individuare quali sono gli interventi e le strategie di cui l'infermiere nelle cure primarie può servirsi per prevenire la riospedalizzazione delle persone con scompenso cardiaco.

Percorso della ricerca. Sono state consultate più banche dati per ottenere diversi risultati adatti allo scopo della tesi, includendo studi pubblicati negli ultimi 10 anni, selezionando campioni di popolazione con l'età dai 65 anni e articoli che promuovessero interventi al domicilio della persona.

Risultati principali. La ricerca ha restituito un totale di 279 risultati, i quali sono stati analizzati secondo criteri di inclusione ed esclusione. Successivamente solo 10 articoli sono stati introdotti nella revisione di letteratura. I principali interventi descritti negli studi sono le visite domiciliari, il telemonitoraggio, l'educazione terapeutica e le strategie motivazionali. I principali esiti descritti negli studi sono le riospedalizzazioni, il miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute e della qualità di vita, i quali mostrano in alcuni casi un'eterogeneità dei risultati che dev'essere interpretata in relazione al tipo di studio, alla popolazione, alla durata dello studio e agli interventi.

Conclusioni. L'analisi degli studi mostra che l'educazione terapeutica e le strategie motivazionali in un programma strutturato di visite domiciliari e contatti telefonici possono realizzare un'efficace assistenza alla persona, capaci di limitare le riammissioni

INTRODUZIONE

Gli studi sul fenomeno della riospedalizzazione evidenziano come il problema sia di carattere globale e sempre più di rilievo non solo per le aziende sanitarie, ma anche per intraprendere profondi cambiamenti e per le scelte politiche degli Stati. Le patologie croniche sono le principali cause che portano ad avere alti tassi di riospedalizzazione e una di queste è lo scompenso cardiaco, che colpisce tra il 2% e il 3% della popolazione nel mondo occidentale e prevalentemente gli anziani. È una patologia cronica di grande rilevanza clinica ed economica, con un numero crescente e che conduce la persona che ne soffre verso numerose riammissioni in ospedale durante il decorso della malattia. Le persone con frequenti riospedalizzazioni sono caratterizzate da periodi di relativa stabilità clinica intervallata a fasi d'instabilità, che ne causano dipendenza assistenziale necessariamente ospedaliera. Eventi che sono stati sperimentati anche durante il tirocinio e che hanno motivato l'interesse personale per questo argomento.

Per fronteggiare questa evoluzione e la pressione sulle risorse economiche, si sta mirando a rafforzare i servizi sanitari sul territorio, in quanto le cure primarie rappresentano la struttura di assistenza sanitaria più vicina al luogo di vita della persona, riorganizzando le pianificazioni assistenziali e promuovendo la facilità di accesso.

In questa revisione della letteratura si propone di presentare le evidenze riguardo gli interventi e le strategie di cui può disporre l'infermiere nelle cure primarie per assistere le persone con scompenso cardiaco a domicilio e per prevenire le riammissioni in ospedale, con uno sguardo proiettato anche verso sistemi che rendono più efficienti i servizi e l'impiego delle risorse disponibili.

A tal proposito sono state effettuate le ricerche in differenti banche dati (PubMed, Cinahl, Scopus, Trip Database, The Cochrane Library) per trovare ed analizzare criticamente gli studi eseguiti sull'argomento proposto.

I risultati saranno valutati in maniera critica, sottolineando i punti di debolezza e di forza degli interventi e degli esiti ricavati, secondo le caratteristiche degli studi. Sarà analizzata l'importanza che ricopre il ruolo dell'infermiere all'interno del processo che mira alla prevenzione delle riospedalizzazioni, al miglioramento delle condizioni di salute e della qualità di vita della persona assistita a domicilio.

1. PROBLEMA

Il quesito è relativo alla prevenzione della riammissione in ospedale causata dalle complicanze che possono emergere nei pazienti con scompenso cardiaco e la conseguente ricaduta sull'aspettativa e sulla qualità di vita.

La riospedalizzazione è un problema al centro dell'attenzione della salute pubblica sempre più ragguardevole in termini di impatto epidemiologico e di costi sanitari, in particolare nei Paesi occidentali, che per questo stanno affrontando significativi processi di trasformazione sociale e sanitaria. La prevenzione delle riammissioni ospedaliere ha riservato un rilevante impegno nella ricerca e nella letteratura scientifica per descriverne i connotati clinici che caratterizzano i rischi che vi si associano.

Negli ultimi dieci anni, la trasformazione demografica ed epidemiologica sono state condizionate dall'effetto delle malattie croniche sullo stato di salute dell'invecchiamento della popolazione. Da ultime ricerche si conferma un progressivo aumento della speranza di vita, che raggiunge in media gli 80 anni nei Paesi dell'OCSE, un miglioramento di 10 anni rispetto al 1960. In Italia la speranza di vita è di 82 anni, per le donne è di 85 anni e per gli uomini 80 anni (1). La percentuale maggiore di popolazione affetta da malattie croniche si riscontra tra gli anziani, in cui le malattie croniche e i loro aggravamenti stanno diventando i principali determinanti dello stato di salute e la principale causa di mortalità nel mondo, pari al 60% di tutti i decessi (2). Rispetto alla popolazione generale, dalle ricerche si è rilevato un crescente numero di pazienti anziani con una malattia cronica a riportare alti tassi di ospedalizzazione e di riammissione. Inoltre, rendendosi sempre più elevata la necessità di ricorrere all'ospedalizzazione, con il tempo i pazienti finiscono con il diventare in qualche modo dipendenti dal contesto ospedaliero. Come è stato riscontrato durante il percorso di studio e soprattutto di tirocinio, questa dipendenza si contraddistingue per intervallare periodi di relativa stabilità clinica ed apparente benessere, a fasi d'instabilità solitamente condizionata dal riacutizzarsi delle malattie croniche. Questo presupposto determina quindi l'impossibilità di mantenere un compenso clinico accettabile al di fuori dell'ospedale, in assenza della disponibilità e della tempestività delle cure di cui necessita. Nei pazienti con frequenti riammissioni ospedaliere spesso coesistono più patologie diverse tra loro e secondo un recente studio

è stato rilevato che una molteplicità di condizioni, spesso differenti dalla causa determinante il ricovero, sono state responsabili per le riammissioni a 30 giorni dei pazienti. Tra le patologie che determinano le più frequenti riospedalizzazioni per condizioni cliniche e comorbilità troviamo lo scompenso cardiaco cronico, l'infarto miocardico acuto, la polmonite, il diabete e la broncopneumopatia cronico ostruttiva.

Lo scompenso cardiaco (o insufficienza cardiaca) rappresenta ancora oggi una delle patologie croniche di maggiore rilevanza clinica ed economica, che conduce il paziente a multiple riospedalizzazioni durante il decorso della malattia, specialmente nella popolazione anziana. Lo scompenso cardiaco non è solo causa di morbilità e di mortalità, ma anche di disabilità e perdita/riduzione dell'autosufficienza, che possono comportare gravi conseguenze anche per i familiari.

L'insufficienza cardiaca congestizia consiste nell'incapacità del cuore di pompare sangue a sufficienza per soddisfare il fabbisogno dei tessuti in termini di ossigeno e di sostanze nutritive (3) e, mentre tenta di compensare l'inefficienza, progressivamente il muscolo cardiaco si ingrossa. Questa alterazione della funzionalità cardiaca è attribuibile a molteplici patologie, tra cui le principali sono l'ipertensione arteriosa a lungo termine e la malattia coronarica, ma dipende anche da scelte sbagliate di stile di vita, come ad esempio un alto contenuto di grassi nella dieta, il fumo di sigaretta, la sedentarietà e l'obesità. Esiste la possibilità di sviluppare una latente insufficienza cardiaca, non sintomatica, anche in seguito a forme preesistenti di patologie cardiovascolari. Può essere dovuta a cardiomiopatie, a malformazioni congenite del cuore o ad anomalie delle valvole cardiache, seppure in casi rari.

La maggior parte delle persone con scompenso cardiaco hanno sintomi dovuti all'insufficienza della funzione del ventricolo sinistro. Lo scompenso cardiaco può essere accostato a molte anomalie funzionali del ventricolo sinistro, che si diversificano da pazienti con dimensioni normali del ventricolo sinistro e preservata frazione di eiezione ad altri con severa dilatazione del ventricolo sinistro e/o marcata riduzione della frazione di eiezione.

Essendo insufficiente la quantità di sangue fornita all'organismo, viene percepito come conseguenza un affaticamento muscolare. Inoltre, la ridotta circolazione sanguigna genera, attraverso complessi meccanismi, un accumulo di liquidi nel corpo, che si traduce

in un aumento del volume circolante del sangue. Questi liquidi tendono rapidamente ad accumularsi soprattutto al livello dei polmoni, limitando l'assorbimento di ossigeno nel sangue e causando dispnea. Il sovraccarico di liquidi può provocare edemi declivi e può anche manifestarsi gonfiore al livello del fegato e degli organi digestivi, diminuendo l'appetito. In aggiunta tutti questi liquidi aumentano il peso corporeo, limitando alcune attività. I sintomi più comuni sono: affanno durante uno sforzo, affanno da coricati e durante la notte, gambe o piedi gonfi, affaticamento muscolare.

La New York Heart Association (NYHA) classifica lo scompenso cardiaco in base al grado di limitazione dell'attività fisica, in Classe I, II, III o IV, permettendo di descriverne la gravità e l'effetto del trattamento. La classificazione è basata sui sintomi che si manifestano durante l'esercizio dell'attività:

- Classe I - Asintomatico: l'attività fisica abituale non provoca dispnea né affaticamento.
- Classe II - Scompenso cardiaco lieve. Il paziente non presenta sintomi a riposo ma l'attività fisica moderata provoca dispnea o affaticamento.
- Classe III - Scompenso cardiaco moderato. Il paziente non appena intraprende una minima attività fisica avverte dispnea o affaticamento.
- Classe IV - Scompenso cardiaco grave. Spessatezza, dispnea o affaticamento presenti anche a riposo.

Purtroppo è impossibile guarire, ma se ne possono migliorare le prestazioni, determinando inizialmente la causa del disturbo e di conseguenza proponendo un trattamento adeguato che ne riduca i sintomi e ne migliori la qualità di vita, aumentando la sopravvivenza e diminuendo il numero di ricoveri.

Lo scompenso cardiaco può essere stabilizzato, anche se non guarito, migliorando la situazione assumendo la terapia farmacologica più adatta per sostenere il cuore indebolito nel suo lavoro. Gli ACE-inibitori aiutano a dilatare i vasi sanguigni ed abbassano la pressione arteriosa, diminuendo il pre e postcarico durante le fasi della gittata cardiaca. I diuretici favoriscono l'eliminazione dell'eccesso di acqua e di sale per via renale. I betabloccanti rallentano la frequenza cardiaca con miglioramento del riempimento. Gli antagonisti dell'aldosterone bloccano l'azione idroelettrolitica negativa di questo ormone sul cuore. La digossina aumenta la forza di contrazione aiutando il cuore a pompare meglio.

Tutti questi farmaci è stato dimostrato che 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 essere segnalati al medico curante, senza interrompere un farmaco prima di parlargliene.

Oltre che l'assunzione dei farmaci è essenziale che il paziente collabori attivamente alla cura perché dovrà adattare il proprio stile di vita ed imparare le tecniche di autocontrollo dei sintomi: monitorare quotidianamente il peso corporeo e in base alle indicazioni del medico la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca ed informarlo in caso di aumento dell'affanno, aumento di due o più chili in pochi giorni, gambe gonfie, capogiro, tachicardia o palpitazioni.

Ai pazienti con scompenso cardiaco si raccomanda di partecipare ad un programma strutturato di riabilitazione cardiologica. Con l'esercizio fisico 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.

L'obiettivo principale a lungo termine della gestione dello scompenso cardiaco non è soltanto l'aumento della sopravvivenza, ma una buona qualità di vita dei pazienti ed in questo l'educazione terapeutica rappresenta un utile mezzo per la gestione del trattamento terapeutico e la prevenzione delle complicanze attraverso la partecipazione attiva del paziente.

Spesso la riammissione in ospedale delle persone con scompenso cardiaco non è solo a causa della progressione della malattia di base, ma anche per complicazioni dovute alla scarsa aderenza al trattamento farmacologico, all'aggravamento di patologie coesistenti, alla limitata cura di sé e al supporto inadeguato. Benché sia ampiamente affermato il valore dell'educazione sanitaria volta a migliorare gli stili di vita dei pazienti cardiopatici, la breve durata dei ricoveri e l'inclinazione a dare precedenza alla terapia dell'evento acuto, rischiano di non lasciare spazio sufficiente a programmi strutturati per i singoli pazienti durante la degenza, con successivi esiti negativi sull'aderenza alle prescrizioni mediche e specificatamente sull'adozione di uno stile di vita attivo per limitare il rischio di un ulteriore peggioramento clinico.

1.1 L'epidemiologia

La rilevanza più importante dello scompenso cardiaco è esposta dall'epidemiologia, in quanto rappresenta un numero di ricoveri ospedalieri molto elevato. L'incidenza e la prevalenza sono strettamente legate alla popolazione anziana, ed infatti è la prima causa di ricovero ospedaliero tra gli ultrasessantacinquenni.

Lo scompenso cardiaco colpisce tra il 2% e il 3% della popolazione nel mondo occidentale e aumenta bruscamente tra il 10% e il 20% a circa 75 anni di età.

Attualmente negli Stati Uniti circa 5 milioni di persone vivono con questa patologia e il 25% di tutti i pazienti ospedalizzati sono riammessi entro 30 giorni. (4) In Russia è il 5,5% della popolazione (circa 8 milioni) che ne soffre. (13) In Australia è identificato nell'8,2% del popolazione di età superiore ai 75 anni, in cui è stato rilevato che un paziente su quattro è riammesso in ospedale, sempre per scompenso cardiaco, entro 30 giorni dopo la dimissione e molti di questi ricoveri sono prevenibili.

Anche in Europa rappresenta ancora la causa principale di ospedalizzazione per i pazienti di età superiore ai 65 anni. Seppur nell'ultimo ventennio il tasso di mortalità per scompenso cardiaco è diminuito del 40%, persiste del 25% nel primo anno post dimissione. Il costo è stimato dall'1% al 2% del totale spese sanitarie, ed è in gran parte rappresentato dal ricovero. In Spagna, lo scompenso cardiaco rappresenta l'1-2% della popolazione di età superiore ai 40 anni. (8)

Si tratta dell'unica affezione cardiovascolare il cui numero di casi è in continua salita e con la previsione ulteriore dell'aumento dell'aspettativa di vita, nel giro di pochi anni questi numeri si alzeranno ancora. L'aumento appare paradossale se confrontato con il calo della mortalità per patologie cardiovascolari e la messa a punto di programmi di prevenzione e di trattamento dell'ipertensione.

La riduzione della mortalità ospedaliera e l'incremento del numero di pazienti a rischio di riammissione potrebbe essere il risultato del miglioramento delle opzioni di trattamento. Infatti è dimostrato che i miglioramenti conseguiti nell'accertamento e nel trattamento farmacologico hanno diminuito la mortalità e la morbilità. Nonostante i progressi nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, il tasso di mortalità rimane comunque alta. La loro qualità di vita è descritta come la più bassa rispetto ai pazienti con altre malattie croniche, con ricorrenti ricoveri in ospedale e mortalità prematura.

1.2 Implicazioni per l'assistenza infermieristica

Lavorare nell'assistenza alle persone promette numerose sfide all'infermiere poiché le persone che convivono con la malattia spesso agiscono o rispondono in modi differenti da quelli previsti dai sanitari.

È diventato oggi prioritario proporre nuove strategie per i pazienti con molte patologie croniche, che coinvolgano il territorio e non solo l'ospedale, così da permettere una gestione coordinata, multidisciplinare e a lungo termine del paziente complesso, evitando ritardi diagnostico-terapeutici, riammissioni improprie in ospedale, frammentazioni terapeutiche e assistenziali con allocazione inappropriata delle risorse. Un orientamento alla salute che valorizzi gli interventi domiciliari al pari di quelli ospedalieri, interventi che devono essere adatti per la persona, sostenibili nel tempo, che soddisfino criteri di gradimento dei cittadini e di qualità professionale.

Il ricorso alle cure ospedaliere termina al momento della dimissione e non è il miglior percorso di cura possibile, serve una continuità sostenibile nel lungo termine. Il passaggio dall'ospedale al territorio comprende una fase indispensabile, è l'implementazione di quella che è detta dimissione protetta, perché adeguatamente programmata e concepita in una stretta comunicazione tra ospedale e territorio, realizzando un programma assistenziale continuativo, dando qualità e prontezza alle soluzioni assistenziali più conformi al caso preso in carico.

Le cure primarie hanno come riferimento il territorio, il livello più prossimo ai cittadini. Attraverso il dipartimento delle cure primarie di ogni Azienda sanitaria, articolato in distretto sanitario, si vuole offrire un servizio presso il luogo di vita, che fa prevalere l'orientamento alla promozione attiva della salute e al consolidamento delle risorse personali e sociali. Servizio che per mezzo dell'Assistenza Domiciliare è mutato in relazione allo scenario epidemiologico e all'inversione della piramide demografica degli ultimi decenni. Il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare implicherebbe una maggiore garanzia sull'adeguatezza, l'efficacia e l'umanizzazione delle cure, limitando il ricorso improprio dell'ospedale.

1.3 Obiettivo

Attualmente è dimostrato che il numero di persone affette da insufficienza cardiaca è in aumento e che a risentirne della qualità di vita sono loro stessi e le loro famiglie. Le risorse dei sistemi sanitari sono limitate e questo sottolinea l'esigenza di una migliore comprensione del carico assistenziale della popolazione e di una maggiore appropriatezza delle cure.

In questa revisione bibliografica si approfondirà la necessità di interventi infermieristici efficaci, con la consapevolezza di una visione olistica e con l'obiettivo di migliorare i risultati sulla persona con scompenso cardiaco a domicilio, riducendo il rischio di ulteriori aggravamenti e riammissioni ospedaliere.

2. MATERIALI E METODI

L'obiettivo della ricerca è quello di individuare nella letteratura scientifica quali sono gli interventi e le strategie di cui l'infermiere nelle cure primarie può servirsi per prevenire la riospedalizzazione delle persone con scompenso cardiaco, ottenendo così maggiore efficienza terapeutica.

È stato quindi possibile stabilire il seguente PIO:

P: persone con scompenso cardiaco

I: interventi e strategie infermieristiche nelle cure primarie

O: prevenire la riospedalizzazione e migliorare l'efficienza delle cure primarie

Per lo svolgimento della ricerca sono state consultate le banche dati PubMed, Cinahl, Scopus, Trip Database e The Cochrane Library. Si è scelto di utilizzare più banche dati per ottenere informazioni adatte per indagare sul problema, selezionando gli articoli più pertinenti e con un potenziale interesse per lo svolgimento dell'argomento. La consultazione di alcune revisioni integrali è stata eseguita attraverso il servizio Auth-Proxy messo a disposizione dalla Biblioteca Pinali dell'Università degli Studi di Padova.

Il focus di questa ricerca ruota attorno soprattutto alla tipologia di utenza più a rischio di incorrere in potenziali riammissioni ospedaliere, riflettendo sui campi d'azione infermieristici disponibili in letteratura che possono essere adottati nella pratica clinica. Sono stati inclusi anche studi meno recenti per poter analizzare criticamente l'eventuale trasformazione nel tempo.

Alla strategia di ricerca sono stati, quindi, abbinati i limiti di pubblicazione negli ultimi 10 anni, di fascia d'età dai 65 anni ed inclusi sia abstract sia full text. Tra i risultati della ricerca sono stati esclusi gli studi che non rispondevano a un programma di trattamento e presa in carico da parte delle cure primarie e che non includevano possibili interventi al domicilio della persona con scompenso cardiaco.

In questa revisione bibliografica sono stati inseriti alcuni dati provenienti da altre fonti considerate rilevanti, seppur non rientranti nei limiti di ricerca esposti precedentemente. (1,2,3,4,5)

3. RISULTATI DELLA RICERCA

La ricerca ha ottenuto un totale di 320 risultati. Alla prima selezione sono stati esclusi un totale 293 risultati, tra i quali anche 16 fonti (rispettivamente 6 in PubMed, 8 in Cinahl e 2 in Scopus) in cui il full text non era disponibile attraverso il servizio Auth-Proxy della Biblioteca Pinali e altri studi perché già presenti nei risultati in PubMed. Alla successiva selezione sono stati esclusi 14 risultati che non avevano uno stretto interesse con i criteri di inclusione, restituendo un totale di 13 studi che sono stati introdotti nella revisione.

Tabella 1. Criteri di inclusione ed esclusione dei risultati:

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none">• Periodo studi dal 2005 al 2015.• Formato degli studi: full texts disponibili attraverso l'Auth-Proxy dell'Ateneo.• Popolazione: persone con scompenso cardiaco seguite a domicilio con un'età a partire dai 65 anni e complianti.• Intervento: applicabilità degli interventi infermieristici al domicilio dell'utente, sistemi di efficienza delle risorse.• Esiti: miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute, rapporto con la riospedalizzazione, miglioramento della qualità di vita, percezione degli infermieri o dei pazienti e il rapporto con le risorse.	<ul style="list-style-type: none">• Popolazione: pazienti ricoverati in ospedale, persone con scompenso cardiaco non complianti con gli interventi• Interventi: programmi di gestione dello scompenso cardiaco in ambiente intraospedaliero• Studi ancora in corso

Tabella 2. Banca Dati PubMed

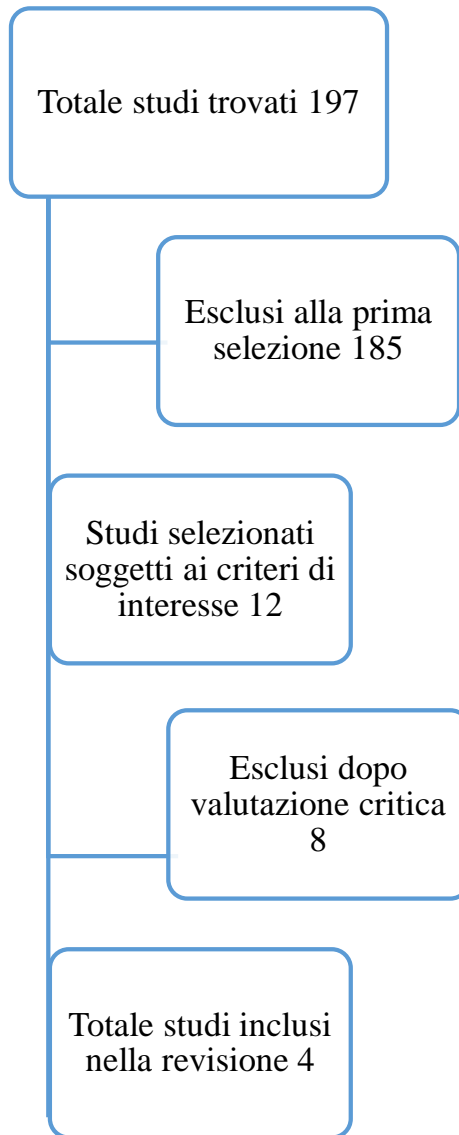


Tabella 3. Banca Dati Cinahl

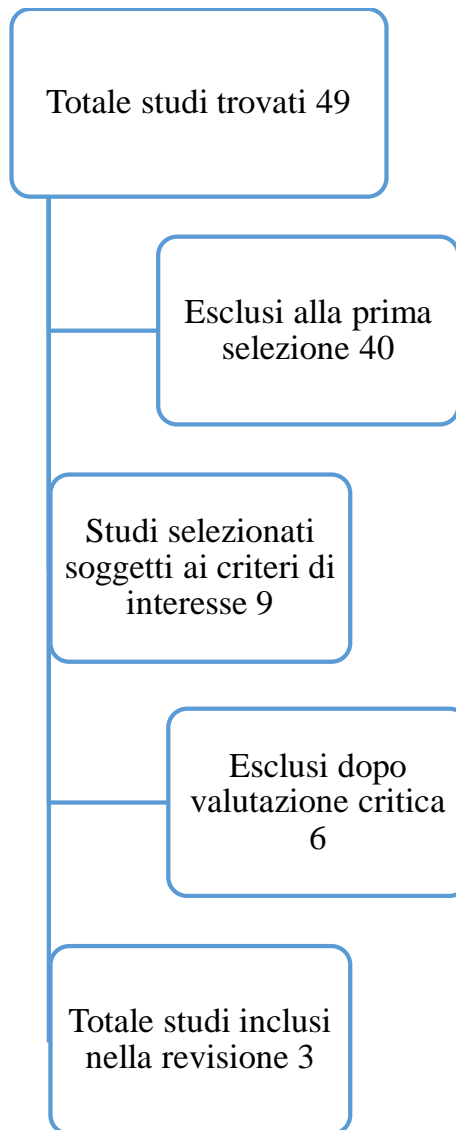


Tabella 4. Banca Dati Scopus

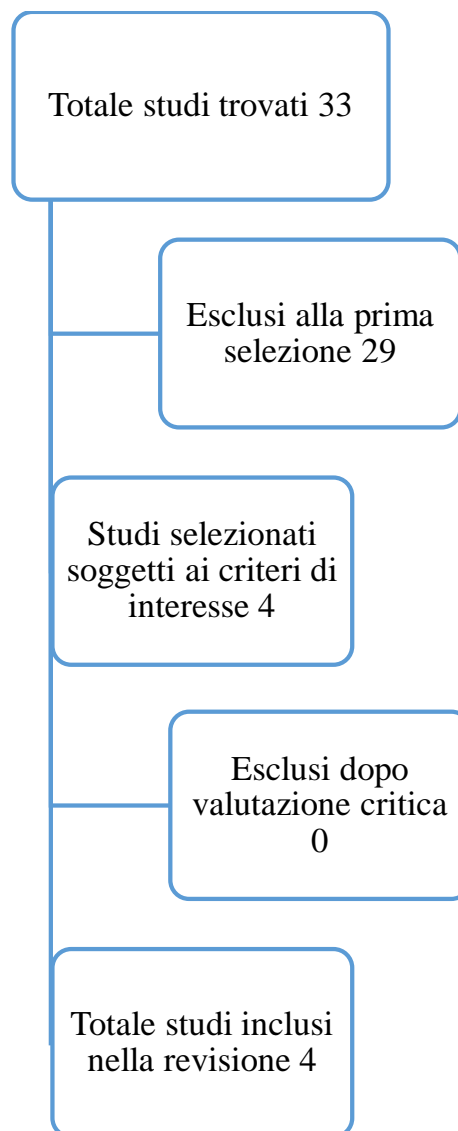


Tabella 5. Banca Dati Trip Database

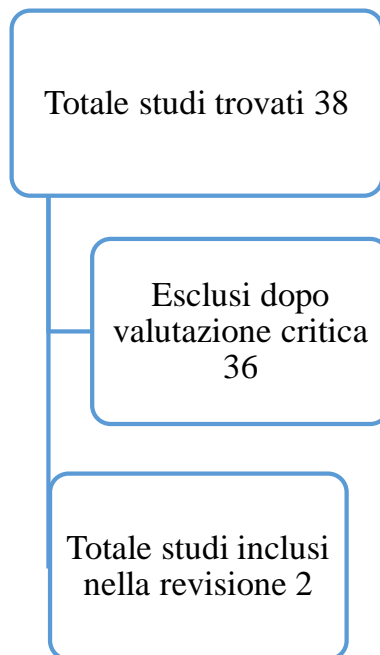


Tabella 6. Banca Dati Cochrane

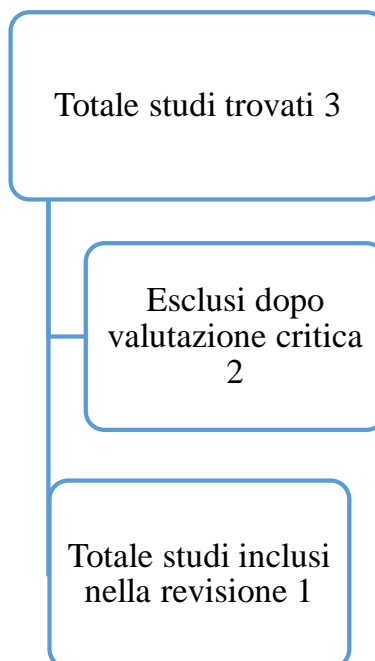


Tabella 7. Presentazione dei risultati

Banca Dati	Parole Chiave	Articoli Trovati	Articoli Selezionati	Titoli Articoli Selezionati
PubMed	("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Subheading] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing staff"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Family Nursing"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR "nursing staff, hospital"[MeSH Terms]) AND (("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Progressive Patient Care"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh]) AND (("Heart Failure"[Mesh] OR "Heart Failure, Diastolic"[Mesh]) OR "Heart Failure, Systolic"[Mesh])) AND ("2005/08/23"[PDAT] : "2015/08/20"[PDAT] AND "aged"[MeSH Terms])	197	4	1) Quinn C. Low-technology heart failure care in home health: improving patient outcomes. Home Healthc Nurse 2006 Sep;24(8):533-540. 2) Agvall B, Alehagen U, Dahlstrom U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. Eur J Heart Fail 2013 Feb;15(2):228-236. 3) Carmona M, Garcia-Olmos LM, Garcia-Sagredo P, Alberquilla A, Lopez-Rodriguez F, Pascual M, et al. Heart failure in primary care: co-morbidity and utilization of health care resources. Fam Pract 2013 Oct;30(5):520-524. 4) de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. Eur J Heart Fail 2014 Sep;16(9):1002-1008.

Cinahl	heart failure AND continuity of care	49	2	<p>5) Kay D, Blue A, Pye P, Lacy A, Gray C, Moore S. Heart failure: improving the continuum of care [corrected] [published erratum appears in CARE MANAGE J 2006 winter;7(4):161]. CARE MANAGE J 2006 Summer2006;7(2):58-63 6p.</p> <p>6) Shellman J, Lacey K, Clemmens D. CARELINK: partners in a caring model: a cardiac management program for home care. Home Healthc Nurse 2008 2008;26(10):582-588 7p.</p>
---------------	--------------------------------------	----	---	--

<p>Scopus</p>	<p>(TITLE-ABS-KEY(nurse intervention) OR TITLE-ABS-KEY(nurse strategies) AND TITLE-ABS-KEY(readmission) AND TITLE-ABS-KEY(heart failure) AND TITLE-ABS-KEY(primary care)) AND PUBYEAR > 2005</p>	<p>33</p>	<p>4</p>	<p>7) Giordano A, Scalvini S, Zanelli E, Corrà U, G.L. L, Ricci VA, et al. Multicenter randomised trial on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure. <i>Int J Cardiol</i> 2009;131(2):192-199.</p> <p>8) Andryukhin A, Frolova E, Vaes B, Degryse J. The impact of a nurse-led care programme on events and physical and psychosocial parameters in patients with heart failure with preserved ejection fraction: A randomized clinical trial in primary care in Russia. <i>Eur J Gen Pract</i> 2010;16(4):205-214.</p> <p>9) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. <i>Circ J</i> 2013;77(4):926-933.</p> <p>10) Stewart S, Chan Y-, Wong C, Jennings G, Scuffham P, Esterman A, et al. 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. <i>Eur J Heart Fail</i> 2015;17(6):620-630.</p>
----------------------	---	-----------	----------	---

<p>Trip Database</p>	<p>Population: continuity of patient care with heart failure Intervention: nurse's role Outcome: prevent readmission Filtro: by clinical area: cardiology</p>	<p>38</p>	<p>2</p>	<p>11) National GC. Heart failure in adults. 12) National GC. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia.</p>
<p>The Cochrane Library</p>	<p>Ricerca: rehospitalization heart failure nurse intervention Filtro health topics: Heart & circulation – Heart failure Filtro Cochrane group topics: Cochrane Nursing Care</p>	<p>3</p>	<p>1</p>	<p>13) Takeda A, Taylor Stephanie JC, Taylor Rod S, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012(9).</p>

3.1 Descrizione dei risultati:

È stata creata una tabella di sintesi degli articoli analizzati (vedi allegato 1 e 2), di cui se ne espongono di seguito le informazioni ritenute valide.

Linee guida: dalle ricerche effettuate nelle banche dati sono state reperite 2 linee guida sulla gestione dello scompenso cardiaco e in cui si evince che il paziente può seguire un certo numero di misure per ridurre il rischio dello sviluppo della patologia. Di seguito vengono elencate le principali raccomandazioni sulla gestione non farmacologica:

- seguire una dieta povera di sodio
- mantenere un regolare programma di attività fisica leggero/moderata
- monitorare quotidianamente il peso e altri parametri fisici (PAO), sintomi di sovraccarico di liquidi (edemi, tolleranza allo sforzo)
- evitare fumo e alcool

I principali interventi descritti negli studi selezionati sono:

Visite domiciliari: in tutti gli studi è presente un programma di visite al domicilio del paziente che viene anche associato a un programma di educazione terapeutica e di telemonitoraggio. Le visite domiciliari sono generalmente strutturate secondo una frequenza settimanale/bisettimanale come negli studi di Quinn C. e Shellman J., o mensile come ad esempio lo studio di svedese di Agvall B. La durata degli studi in generale è di 1 anno e la più breve è di circa 5 mesi nello studio di Quinn C., in cui le visite diminuiscono nel tempo, mentre lo studio più lungo termina dopo 5 anni ed è stato condotto da Stewart S. Inoltre, nella revisione sistematica di Takeda A. si evince che gli interventi nelle visite domiciliari sono associati ad una rilevante diminuzione di tutte le cause di mortalità solo nel periodo tra i 6 e i 12 mesi e alla riduzione delle riammissioni entro i primi 12 mesi.

Telemonitoraggio: come ormai è ben dimostrato, è un valido supporto alle visite domiciliari per il monitoraggio e l'assistenza da remoto del paziente. Negli studi sono presenti telefonate pianificate, utilizzate principalmente per le interviste, oltre alla consulenza. Ha contribuito nella semplificazione delle attività, nel monitoraggio dell'appropriatezza delle cure, nell'organizzazione e nel creare un'alleanza terapeutica

più efficace nel migliorare gli esiti di salute. Il programma di teleassistenza nello studio di Giordano A., abbinato ad un programma di educazione terapeutica, dimostra l'efficacia preventiva sulle riammissioni ospedaliere, instabilità emodinamica e la riduzione dei costi associati all'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco. Lo studio di Quinn C. adotta un programma di visite domiciliari e telefoniche.

Educazione terapeutica: l'educazione è fortemente presente negli studi ed in generale si punta a conoscere i diversi aspetti della personalità dell'assistito, individuando i bisogni di salute e valutando le potenzialità. Gli infermieri hanno orientato i pazienti e i famigliari sulla patologia, verificando la loro conoscenza e correggendo gli aspetti impropri derivanti dal loro bagaglio di informazioni. Di fronte al proprio scenario clinico sono stati istruiti per realizzare azioni di autocura. Le informazioni, che sono state discusse e riviste durante le visite domiciliari e le telefonate, comportano l'osservanza del trattamento farmacologico prescritto e delle strategie terapeutiche non farmacologiche: l'importanza della dieta iposodica, di una regolare attività fisica, il monitoraggio quotidiano del peso e di alcuni parametri vitali, come la pressione arteriosa, oltre che l'identificazione dei sintomi dello scompenso cardiaco, come il sovraccarico di liquidi, la brevità del respiro e la tolleranza allo sforzo.

Dagli studi è emerso che molti pazienti necessitano dell'uso di più farmaci (tra cui gli ACE-inibitori, antialdosteronici, beta-bloccanti, diuretici, statina, nitrati, ipoglicemizzanti, ecc.) e questo fattore implica da parte del paziente il rispetto delle prescrizioni e l'ottimizzazione della gestione.

I due studi del 2006 di Quinn C. e di Kay D. abbinano anche materiale illustrativo, promuovendo nuovi comportamenti e stili di vita e rafforzando l'autonomia della persona. Lo studio brasiliano (de Souza EN) ha rivalutato i pazienti dopo 180 giorni dall'arruolamento per verificare la loro conoscenza e abilità di autocura. A questo scopo è stata usata la European Heart Failure Self Care Behaviour Scale (EHFScBS), un questionario di 12 domande che ha restituito un significativo riscontro positivo.

Per agevolare una motivazione durevole all'educazione, in alcuni studi sono state adottate strategie per coinvolgere il paziente nell'accrescimento della padronanza di sé e delle proprie risorse:

Colloquio motivazionale: nello studio svedese di Agvall B. è adottato come strategia per sostenere l'autoefficacia del paziente, in cui l'infermiere conduce un colloquio specifico e strutturato per motivare la persona assistita al cambiamento di abitudini e comportamenti.

Counseling: può essere individuato come una relazione di aiuto, in cui una buona capacità di ascolto, intervento empatico ed altri interventi comunicativi strategici, concorrono a rendere possibili i cambiamenti, rispettando le richieste del paziente ed incoraggiandolo. Si promuove e si orienta attraverso tecniche comportamentali e psicologiche di relazione. L'infermiere interviene sostenendo l'assistito di fronte ad alcune scelte, concorre nella valutazione dei probabili risultati di ognuna, corregge eventuali informazioni errate, incoraggia a prendere la decisione più appropriata. L'efficacia è descritta nello studio giapponese di Tsuchihashi-Makaya M., nel quale si rileva una migliore compliance del paziente.

Coaching: lo studio australiano di Stewart S. adotta, tra gli altri interventi, anche un programma di coaching telefonico, che mira ad incrementare la consapevolezza dei pazienti e ad incoraggiarli in una maggiore assunzione di responsabilità nella gestione della loro salute, aiutandoli a gestire autonomamente le proprie condizioni piuttosto che ascoltare semplicemente cosa dovrebbero fare.

I principali esiti descritti negli studi selezionati sono:

Le riospedalizzazioni: in generale gli studi hanno riportato miglioramenti sul numero di assistiti che si sono recati al pronto soccorso e che sono stati ricoverati. Non ci sono significative differenze tra i gruppi di intervento e i gruppi di controlli solo negli studi di Andryukhin A. e di Stewart S., anche se in quest'ultimo c'è una riduzione dei giorni di degenza. Gli esiti più apprezzabili sono nello studio di de Souza EN. che descrive la significativa riduzione delle riospedalizzazioni sia per scompenso cardiaco, sia per altre cause e nello studio di Takeda A. che riporta i risultati degli articoli analizzati nella revisione sistematica.

Miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute: gli interventi adottati negli studi sono stati in generale efficaci nel migliorare la sostenibilità delle condizioni di

salute. Nello studio di Andryukhin A. sono stati raccolti i dati degli esiti positivi e negativi degli interventi a 6 mesi dall'arruolamento, mostrando in generale dei miglioramenti sullo stato emotivo, depressione, ansia, sui parametri biochimici e sullo stato fisico. Lo studio giapponese (Tsuchihashi-Makaya M.) utilizzando la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ha raccolto evidenze sul miglioramento della depressione e dell'ansia. Nell'ultimo studio (Stewart S.) viene evidenziata la migliorata funzionalità cardiaca.

Miglioramento della qualità di vita: 5 studi hanno raccolto dati sulla qualità di vita dei pazienti assistiti. Nel primo (Quinn C. 2006) viene riportato un aumento del numero di pazienti che dopo il periodo di intervento considerano migliorata la loro qualità di vita. Nel secondo studio (Agvall B. 2013) risultano miglioramenti marginali, di cui si possono apprezzare le maggiori differenze attraverso la valutazione della scala sulla dimensione mentale. Il terzo studio (Andryukhin A. 2010) ha rilevato attraverso la Minnesota living with heart failure questionnaire (MLHFQ) l'efficacia degli interventi sulla qualità di vita. Il quarto studio (Tsuchihashi-Makaya M. 2013) rileva un significativo miglioramento della qualità di vita della salute fisica e mentale nei primi 2 mesi di visite domiciliari, senza subire considerevoli variazioni successivamente. Lo studio di Takeda A. riporta che ci sono diverse evidenze sull'efficacia degli interventi domiciliari su questo esito, che viene misurato attraverso alcune scale, come la MLHFQ e la EQ-5D.

Percezione dei pazienti: ci sono scarse evidenze in merito. Kay D. sottolinea che i pazienti si sentono legati e sicuri con il programma di assistenza domiciliare. Shellman J. nel suo studio si limita a riportare l'alta soddisfazione per il programma Carelink, ma in entrambi gli studi non sono descritti né i criteri, né gli strumenti per rilevarla.

Percezione degli infermieri: nel primo studio (Quinn C.) gli infermieri intervistati hanno dichiarato la positività all'approccio del programma educativo, alla migliore organizzazione e alla possibilità di risolvere molti problemi al telefono, prevenendo visite al pronto soccorso. Nello studio di Kay D. si segnala solamente che le infermiere sono molto orgogliose di essere la componente essenziale del programma. Come per i pazienti, Shellman J. evidenzia l'aumentato interesse degli studenti sul programma svolto, ma non viene descritto nient'altro.

Rapporto con le risorse: sull'analisi dei costi alcuni studi descrivono in generale una migliore efficienza, ma solo 2 studi hanno raccolto evidenze. Nello studio di Giordano A.

vengono analizzati i costi giornalieri e annuali degli interventi ed il costo medio per la riammissione ospedaliera, evidenziandone le potenzialità in questo campo della telegestione.

L'utilizzo dell'Adjusted Clinical Group (ACG) nello studio spagnolo di Carmona M. sottolinea lo speciale interesse che riveste questo sistema nelle cure primarie per la classificazione dei pazienti secondo l'utilizzo delle risorse e che quindi mira a migliorarne l'efficienza. È un sistema strategico che in questo studio ha accertato l'utilizzo delle risorse associate allo scompenso cardiaco nelle cure primarie, analizzando anche il numero di consultazioni mediche ed infermieristiche, il costo dei farmaci e quantificandone la variabilità di gestione. Il risultato di questo studio mostra che l'impatto sulle risorse è altamente significativo, in quanto il 100% dei pazienti sono classificati nelle 3 aree di più elevato utilizzo delle risorse. Inoltre è stata evidenziata la significativa correlazione tra il costo e la comorbilità, che caratterizza la complessità dei pazienti. È stato evidenziato come l'approccio di alcuni medici sui loro pazienti, differisce notevolmente da quello di altri medici su pazienti con un profilo simile. Per questo viene proposto di intraprendere nuovi studi che possano spiegare i fattori che portano a scegliere diversi approcci da parte dei professionisti su pazienti con casistica simile.

In questo studio non sono stati quantificati gli eventi di riospedalizzazione, né eseguite stime di rischio e non sono presenti ulteriori esiti di intervento infermieristico come invece presenti negli altri studi.

4. DISCUSSIONE

Con questa revisione si è voluto ricercare i possibili interventi e strategie a disposizione dell'infermiere che hanno come risultato il miglioramento della salute e della qualità di vita delle persone con scompenso cardiaco a domicilio.

Dall'analisi dei risultati della ricerca emerge che l'infermiere nelle cure primarie si trova ad affrontare sfide di vario carattere assistenziale e di pensare ad interventi di educazione terapeutica alla gestione dello scompenso cardiaco.

L'invecchiamento progressivo della popolazione, la difficoltà di rispondere a un numero crescente di pazienti cronici e con multimorbilità in tempi sempre più stretti, hanno imposto negli ultimi anni, una riorganizzazione profonda del sistema delle cure primarie, centrate maggiormente sulla persona, mirate a sostenere una copertura territoriale al cittadino 7 giorni su 7 e h24. Nella Regione Veneto il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, approvato con la Legge Regionale n. 23 del 29/06/2012, (5) riprende e mette a sistema il percorso riorganizzativo già avviato nella programmazione regionale degli anni precedenti e mira al potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario. Gli obiettivi sono focalizzati sul miglioramento dell'appropriatezza della continuità assistenziale e dell'accessibilità per il cittadino.

Il sistema ACG è un importante progetto che identifica, tra la popolazione assistita da un'azienda sanitaria, sottopopolazioni colpite da una specifica patologia cronica, stratificandole sulla base del rischio, analizzandone le caratteristiche e potenzialmente ridurre, attraverso indici predittivi di costo, probabilità di ospedalizzazione e successivi percorsi assistenziali più adeguati, il rischio di eventi avversi, sia in termini di salute (ospedalizzazione, differenza terapeutica, ...), che di consumo di risorse, per migliorare la gestione della salute dei pazienti e per migliorare l'equità e la sostenibilità del sistema sanitario.

Le evidenze dimostrano che questa strategia può aiutare nell'identificazione di soggetti ad alto rischio di eventi avversi e di futuro uso elevato di risorse sanitarie, oltre che valutare le performance nell'uso delle risorse, adeguandole per il carico di malattia e strutturando interventi per una medicina di iniziativa, essendo questi pazienti, per la maggior parte portatori di condizioni croniche di lungo termine.

Anche in Italia è presente questo sistema, con la Regione Veneto che per prima ha iniziato a sperimentarlo nel 2012. Sarebbe interessante valutare ricerche che confrontino la risposta ai bisogni degli assistiti con scompenso cardiaco, multimorbidità ed elevata complessità nella realtà veneta, con modelli predittivi e stime del rischio di ospedalizzazione, al fine di rendere maggiormente efficiente il governo clinico del territorio da parte delle aziende sanitarie.

Molti studi hanno dimostrato che l'assistenza sanitaria delle cure primarie è la base di una buona gestione delle malattie croniche, come lo scompenso cardiaco, e sottolineano altresì, il valore di interventi multidisciplinari per far fronte a esigenze di complessità.

Dalla revisione si evince la necessità di agevolare l'accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicare con i professionisti, via telefono o e-mail, ecc.), di coinvolgere il paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura, counselling, ecc.), promuovere interventi d'iniziativa (prevenzione, programmazione delle visite, ecc.).

La cura del paziente con scompenso cardiaco nel territorio può essere migliorata e la gestione richiede che da parte del paziente e del suo sistema di supporto ci sia un'assunzione di responsabilità. Da questa revisione risulta che l'educazione terapeutica è lo strumento essenziale per attivare questa responsabilità ed è un processo continuo, il cui fine principale è quello di agevolare possibili cambiamenti di abitudini e di sostenerli nel tempo. Questo è importante per limitare il peggioramento dei sintomi e per capire i principi di base dello scompenso cardiaco e della sua gestione. Gli assistiti possono avere conoscenze basilari non corrette che si scontrano con le informazioni basate sulle evidenze scientifiche date durante i colloqui, che permettono di produrre una risposta adeguata alle difficoltà quotidiane e allo stesso tempo migliorare la salute della persona, la sua qualità di vita, diminuire il rischio di eventuali complicanze e consentire di svolgere le proprie attività e di realizzare i propri progetti.

Per fornire la migliore cura del paziente con scompenso cardiaco, l'infermiere deve garantire un piano sistematico e globale dei suoi bisogni, di prevenzione e rapido riconoscimento dei sintomi avversi, supporto nell'autogestione, nell'assistenza per i carichi emotivi e sociali che la malattia comporta e negli interventi basati sull'evidenza. Risulta dunque rilevante individuare le strategie per la realizzazione di un'appropriata aderenza al trattamento attraverso l'accertamento, considerando la soggettività di ogni

persona, nella sua globalità e specificità umana, realizzando un piano di gestione personalizzato e non unicamente condizionato da abitudini e norme standard. Così sarà possibile creare prima di tutto una relazione e di conseguenza un'alleanza terapeutica.

Alla luce dei risultati, la ricerca ha permesso di reperire un discreto numero di documenti, rispettivamente 10 articoli, ricavati da più banche dati. Dapprima sono stati esaminati gli abstract degli articoli di interesse durante una ricerca iniziale, i quali sono stati successivamente inseriti nella revisione solo se soddisfacevano i criteri di inclusione. Durante la valutazione critica dei risultati sono stati rilevati alcuni limiti e punti di forza della revisione.

Limiti dello studio:

Dall'analisi della letteratura selezionata sono stati riscontrati alcuni limiti, tra cui il fatto che nelle diverse banche dati consultate non sono presenti numerosi articoli che rispondono alla specificità dei criteri di inclusione e per questo si è deciso di non limitare la ricerca ai soli ultimi 5 anni, ma di indagare fino agli ultimi 10 anni. Ulteriori limiti sono stati esposti da una serie di elementi eterogenei che, infatti, sebbene siano risultati interventi simili, alcuni studi hanno ottenuto esiti con significatività differente e talvolta in contrasto. La varietà delle ricerche ottenute diventa ovvia soprattutto nella tipologia di studio, che nell'analisi dei dati pone l'impossibilità di confrontare adeguatamente e criticamente gli esiti di alcuni studi rispetto ad altri, in particolare quello di Kay D. e di Shellman J. Di conseguenza non è possibile generalizzare l'efficacia a tutti i risultati, che pertanto si devono interpretare associandoli alla diversa durata dello studio, alle caratteristiche della popolazione coinvolta e alla modalità di intervento.

Sono stati inclusi studi con campioni di popolazione abbastanza simili per requisiti, ma che hanno coinvolto da pochi pazienti, come Shellman L. e Quinn C., fino ad un numero consistente, come negli studi di Carmona M., di Stewart S. e Takeda A.

È stato reperito un solo studio di durata medio-lunga (Stewart S.) con un periodo compreso da 3 a 5 anni, che anche se non presenta esiti di efficacia nelle riammissioni, ma beneficia nei giorni di degenza, permette di avere una visione più ampia nel tempo rispetto agli altri studi con significativa efficacia, ma di più breve valutazione.

La prevenzione delle riospedalizzazioni è un argomento molto studiato, ma servono ulteriori approfondimenti nella gestione più efficiente delle risorse nel territorio, in quanto gli studi strutturati e dimostrati sono pochi e forniscono scarse evidenze in un contesto generale e/o specifico. In aggiunta non sono emerse evidenze dimostranti la correlazione tra l'impiego del sistema ACG nella pianificazione delle cure primarie ed il numero di riospedalizzazioni.

Per gli esiti sulle riammissioni e per il miglioramento delle condizioni di salute sono state riscontrate molte più evidenze rispetto agli altri esiti.

Rispetto alle strategie motivazionali, in questa revisione non è stato appurato se esistono delle linee guida riguardanti la strutturazione del coaching e del counseling.

Alcuni studi prendono in esame anche il punto di vista dei pazienti, o degli infermieri, rispetto al piano assistenziale. Non ci sono molte evidenze che mettono in rapporto gli eventi di accesso al pronto soccorso o di ricovero con questo aspetto che potrebbe avere del potenziale per poter migliorare l'assistenza al paziente, analizzando sfaccettature ancora poco indagate e per ricavare soluzioni più mirate per i frequenti ed estesi problemi nella pratica clinica.

Punti di forza:

Il metodo usato per l'analisi degli studi ha consentito una migliore valutazione tra la varietà e le caratteristiche dei risultati. Nonostante la specificità della ricerca abbia considerato un limitato numero di articoli, rispetto agli studi in generale sulla prevenzione delle riospedalizzazioni per scompenso cardiaco, è stata riscontrata una discreta ma costante continuità della letteratura nell'arco temporale selezionato.

Anche se presenti i limiti sopra riportati, i risultati che sono stati ricavati raffigurano un importante punto di riflessione rispetto all'efficacia degli esiti ottenuti e che gli interventi e le strategie infermieristiche, in particolare di approccio relazione e motivazionale, possono far ottenere nella gestione a domicilio della persona con scompenso cardiaco.

Le strategie motivazionali possono fare la differenza nell'aderenza al trattamento, istruendo ed offrendo appoggio al paziente, ma anche favorendo una maggiore valorizzazione delle risorse personali della persona. Il processo terapeutico è fortemente caratterizzato dall'area relazionale, nella quale l'attività di counseling fa ricoprire un importante ruolo all'infermiere, che orienta l'assistito verso un cambiamento in

autonomia, interviene sostenendolo di fronte ad alcune scelte, concorre nella valutazione dei probabili risultati di ognuna, corregge eventuali informazioni errate, incoraggia a prendere la decisione più appropriata.

Legato al counseling, il coaching mira a rinforzare e ad incrementare la consapevolezza delle persone rispetto alle proprie potenzialità e all'assunzione di responsabilità nella gestione della loro salute.

L'innovazione tecnologica e l'utilizzo diffuso, ha determinato un importante fattore di sviluppo e del progresso della civiltà. L'integrazione nelle cure primarie ha fatto conseguire ottimi risultati, come ormai è ben dimostrato, sul monitoraggio dell'appropriatezza delle cure, sulle semplificazione delle attività, sul controllo più efficace della spesa sanitaria, agendo sulle inefficienze e gli sprechi delle risorse.

Rispetto alle visite domiciliari, sono l'occasione per l'infermiere per valutare se la condizione familiare possa offrire opportunità di miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita e valorizzare le qualità della persona attraverso una pianificazione assistenziale ed educativa.

Dagli studi si evince quindi l'importanza della comunicazione e della continuità nel tempo, dell'ottimizzazione dell'approccio farmaceutico, di costruire un appropriato percorso assistenziale ed educativo per la persona e con la persona assistita, assicurare una presa in carico sicura. Tutti interventi che insieme concorrono a migliorare la vita a domicilio della persona.

È conclamato che in ambito infermieristico si va sempre più delineando la necessità di un professionista con competenze assistenziali, educative, relazionali e gestionali specifiche, per contribuire ad una migliore qualità delle cure.

Tale modello valorizza le competenze sempre più avanzate che l'infermiere ha sviluppato, anche grazie a nuovi percorsi formativi, competenze e autonomia che fino a pochi anni fa non gli erano riconosciute.

Questa ricerca descrive come non sia possibile ricavare conclusioni definitive, anzi, si può ancora fare molto per gestire al meglio la persona con scompenso cardiaco assistita a domicilio, come contribuire al miglioramento della presa in carico personalizzata promuovendo e agevolando l'accesso dell'utenza ai servizi e alle cure, concorrendo a dare risposte efficaci rispetto ai bisogni di salute, con uno sguardo alla multimorbilità

ricercando strategie di identificazione della tipologia di paziente più a rischio per una pianificazione più accurata dell'assistenza e delle risorse.

Ne deriva dunque, una considerevole importanza per la professione infermieristica identificare quali sono le migliori strategie per il miglioramento degli esiti di salute delle persone con scompenso cardiaco assistite a domicilio.

5. CONCLUSIONI

Allo stato dell'arte, questo studio mostra quali sono gli interventi infermieristici più efficaci, che migliorano lo stato di salute e la qualità di vita, prevenendo ulteriori riospedalizzazioni. Gli infermieri devono essere coinvolti nella gestione multidisciplinare dello scompenso cardiaco svolgendo un ruolo centrale nella cura domiciliare. All'infermiere va riconosciuta l'importanza di un programma educativo, con la promozione di un atteggiamento attivo del paziente nell'autogestione.

Gli studi analizzati mostrano che un supporto continuo di visite a domicilio del paziente ed i contatti telefonici assicurano una presa in carico efficace nella gestione e, realizzando interventi che si costruiscono sul paziente, aumentandone l'autonomia ed instaurando una relazione d'aiuto, si possono ottenere risultati migliori, limitando le riospedalizzazioni e al tempo stesso aumentare la soddisfazione delle cure ricevute.

Pur considerando i limiti dello studio, è importante valorizzare le potenzialità del sistema ACG come strategia di efficienza, sulla quale si possono intraprendere interventi mirati e potenzialmente in grado prevenire la riospedalizzazione.

Anche se i risultati devono essere interpretati in correlazione alle caratteristiche degli studi seguiti, quasi tutti gli interventi e le strategie presenti apportano evidenze di benefici in merito alle riammissioni in ospedale, al miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute ed in alcuni studi al miglioramento della qualità di vita, della percezione dei pazienti e degli infermieri e al rapporto con le risorse.

BIBLIOGRAFIA

- (1) OECD Better Life Index Available at: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/it/topics/health-it/>. Accessed 09/08/2015, 2015.
- (2) WHO | Chronic diseases and health promotion Available at: <http://www.who.int/chp/en/>. Accessed 10/08/2015, 2015.
- (3) Smeltzer SC, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner Suddarth. *Infermieristica medico-chirurgica*. 4th ed.: CEA; 2010.
- (4) Reducing Heart Failure Readmissions Available at: <http://www.heartfailurecases.com/>. Accessed 9/9/2015, 2015.
- (5) ACG Available at: <http://acg.regione.veneto.it/>. Accessed 9/20/2015, 2015.
- (6) Quinn C. Low-technology heart failure care in home health: improving patient outcomes. *Home Healthc Nurse* 2006 Sep;24(8):533-540.
- (7) Agvall B, Alehagen U, Dahlstrom U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. *Eur J Heart Fail* 2013 Feb;15(2):228-236.
- (8) Carmona M, Garcia-Olmos LM, Garcia-Sagredo P, Alberquilla A, Lopez-Rodriguez F, Pascual M, et al. Heart failure in primary care: co-morbidity and utilization of health care resources. *Fam Pract* 2013 Oct;30(5):520-524.
- (9) de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. *Eur J Heart Fail* 2014 Sep;16(9):1002-1008.
- (10) Kay D, Blue A, Pye P, Lacy A, Gray C, Moore S. Heart failure: improving the continuum of care [corrected] [published erratum appears in *CARE MANAGE J* 2006 winter;7(4):161]. *CARE MANAGE J* 2006 Summer2006;7(2):58-63 6p.
- (11) Shellman J, Lacey K, Clemmens D. CARELINK: partners in a caring model: a cardiac management program for home care. *Home Healthc Nurse* 2008 2008;26(10):582-588 7p.
- (12) Giordano A, Scalvini S, Zanelli E, Corrà U, G.L. L, Ricci VA, et al. Multicenter randomised trial on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2009;131(2):192-199.
- (13) Andryukhin A, Frolova E, Vaes B, Degryse J. The impact of a nurse-led care programme on events and physical and psychosocial parameters in patients with heart

failure with preserved ejection fraction: A randomized clinical trial in primary care in Russia. *Eur J Gen Pract* 2010;16(4):205-214.

(14) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circ J* 2013;77(4):926-933.

(15) Stewart S, Chan Y-, Wong C, Jennings G, Scuffham P, Esterman A, et al. 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. *Eur J Heart Fail* 2015;17(6):620-630.

(16) National GC. Heart failure in adults.

(17) National GC. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia.

(18) Takeda A, Taylor Stephanie JC, Taylor Rod S, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(9).

ALLEGATI

ALLEGATO 1. Tabella 8. Analisi dei risultati:

Autore/Anno /Nazione	Tipo di studio	Obiettivo	Durata	Campione	Interventi	Risultati
1) Quinn C. 2006 Georgia – Stati Uniti d’America	Quasi sperimentale	Migliorare la cura attraverso attrezzature a bassa tecnologia.	9 settimane e ulteriore valutazione 3 mesi dopo.	22 (17 gruppo intervento e 5 gruppo controllo), età media di 76 anni. Tutti con diagnosi primaria di scompenso cardiaco cronico, alcuni con comorbidità.	Visite a domicilio, telefono, raccoglitore didattico, insegnamento, autogestione vs visite domiciliari standard.	Diminuzione dei sintomi e della riospedalizzazione, e aumento qualità di vita.
2) Agvall B, Alehagen U, Dahlstrom U. 2013 Svezia	Prospettico randomizzato	Valutare il beneficio di un programma di gestione dello scompenso cardiaco nelle cure primarie.	1 anno.	160 (79 gruppo intervento e 81 gruppo controllo), età media 75, scompenso cardiaco, frazione di eiezione <50%, NYHA I, II, III, con comorbilità, senza precedente ricovero.	Informazione ed educazione, colloquio motivazionale, ottimizzazione del trattamento farmacologico, visite e telefonate pianificate vs trattamento standard e nessuna visita o telefonata.	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.

3) Carmona M, Garcia-Olmos LM, Garcia-Sagredo P, Alberquilla A, Lopez-Rodriguez F, Pascual M, et al. 2013 Spagna	Studio trasversale, osservazione, descrittivo	Analizzare l'utilizzo delle risorse nelle cure primarie da pazienti con scompenso cardiaco attraverso il sistema ACG.	1 anno.	1377 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco classificati per complessità.	Classificazione del consumo di risorse utilizzando il sistema ACG.	Elevato utilizzo di risorse e grande variabilità negli approcci di gestione. Nuovi studi possono verificare l'associazione dell'efficienza del servizio con fattori medico-specifici.
4) de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. 2014 Brasile	RCT	Efficacia degli interventi domiciliari in paesi a medio reddito.	Valutazione di 6 mesi, da agosto 2009 ad aprile 2012.	252 (123 gruppo intervento e 129 gruppo controllo), età media 62±13 anni, 63% maschi, in classe NYHA I-II-III-IV	Confronto di un programma di visite domiciliari, educazione e rinforzo telefonico, con controlli programmati convenzionali.	Accesso al pronto soccorso ≤24h, riammissione e morte diminuito del 27%. Le conoscenze e l'autogestione sono significativamente migliorate.
5) Kay D, Blue A, Pye P, Lacy A, Gray C, Moore S. 2006 North Carolina – Stati Uniti d'America	Rivista scientifica	Sviluppare un servizio interdisciplinare, sostenibile e coerente mirato alla qualità delle cure e prevenzione delle riammissioni.		Pazienti con scompenso cardiaco dimessi dal Carolinas Medical Center.	Programma educativo con materiale illustrativo, modifica stile di vita, visite a domicilio e telefoniche.	Ha aumentato l'aderenza al piano di cura, la soddisfazione del paziente e della famiglia. Riduzione delle riammissioni entro i 30 giorni.

6) Shellman J, Lacey K, Clemmens D. 2008 Pennsylvania – Stati Uniti d’America	Rivista scientifica	Descrivere i benefici del programma Carelink.	12 settimane.	1 paziente di 68 anni, con scompenso cardiaco cronico, pacemaker, comorbidità, storia di numerose riospedalizzazioni.	Visite domiciliari settimanali, educazione e obiettivi di autocura in collaborazione col paziente, colloquio motivazionale, supporto dal sito web.	Autogestione sicura ed efficace, senza riospedalizzazioni, gestione dei farmaci migliorata soddisfazione del programma
7) Giordano A, Scalvini S, Zanelli E, Corrà U, G.L. L, Ricci VA, et al. 2009 Italia	Studio multicentrico randomizzato	Determinare se un programma di tele-monitoraggio multidisciplinare possa diminuire le riospedalizzazioni e i costi.	1 anno.	620 (230 gruppo di intervento telemonitoraggio e 230 gruppo controllo), età media 57±10 anni, classe NYHA II, III, IV.	Educazione pre-dimissione all’autocura e addestramento al programma, interviste e teleassistenza programmata vs. cure dal medico di base e controlli ambulatoriali programmati.	Riduzione significativa delle riospedalizzazioni, dell’instabilità emodinamica e dei costi di assistenza sanitaria.
8) Andryukhin A, Frolova E, Vaes B, Degryse J. 2010 Russia	RCT	L’efficacia di un programma di educazione e un piano di cura gestito dall’infermiere nelle cure primarie.	18 mesi.	85 (44 gruppo intervento e 41 gruppo controllo), età media 67 anni, scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata, NYHA I, II, III.	Programma educativo, esercizi fisici, supporto assistenziale e telefonico vs. trattamento farmacologico standard secondo le linee guida nazionali russe.	Effetti positivi sullo stato emotivo, qualità di vita, sui parametri di stato fisico e biochimici. Nessuna differenza significativa sul numero di eventi cardiovascolari, mortalità e riospedalizzazioni.

<p>9) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H. 2013 Giappone</p>	<p>RCT</p>	<p>Gli effetti della gestione dello scompenso cardiaco a domicilio sullo stato psicologico dei pazienti.</p>	<p>1 anno.</p>	<p>168 (79 gruppo intervento e 82 gruppo controllo), età media 76 anni, comorbidità (più frequenti: ipertensione e fibrillazione atriale), NYHA I, II, III.</p>	<p>Programma di visite domiciliari, con monitoraggio dei sintomi, educazione e consulenza, anche telefonica vs. trattamento standard secondo le linee guida in Giappone.</p>	<p>Miglioramenti sulla depressione, ansia e la qualità di vita. Riduzione significativa del tasso di ospedalizzazione.</p>
<p>10) Stewart S, Chan Y-, Wong C, Jennings G, Scuffham P, Esterman A, et al. 2015 Australia</p>	<p>RCT</p>	<p>Determinare l'efficacia a lungo termine di un programma multidisciplinare gestito da infermieri.</p>	<p>Da 3 a 5 anni.</p>	<p>624 (310 gruppo intervento e 314 gruppo controllo), età media 66 anni, con alti fattori di rischio, malattie cardiovascolari preesistenti e comorbidità.</p>	<p>Programma di visite domiciliari, di educazione, rinforzo telefonico, sviluppo di un piano di assistenza, discussione degli obiettivi del trattamento e un programma multidisciplinare e ambulatoriale vs. programma di gestione post-dimissione standard.</p>	<p>Efficacia non significativa nel prevenire riospedalizzazioni. Riduzione dei giorni di degenza. Migliorata la funzione cardiaca nel lungo termine.</p>

<p>11) National GC. Heart failure in adults. 2011</p>	<p>Linea guida</p>	<p>Ridurre il tasso di riammissione dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, migliorare la comprensione per l'educazione.</p>		<p>Adulti con sospetto scompenso cardiaco ed età superiore ai 18 anni.</p>	<p>Raccomandazioni sul trattamento farmacologico e non.</p>	
<p>(12) National GC. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. 2011</p>	<p>Linea guida</p>	<p>Ottenere i migliori esiti di salute per migliorare la gestione dello scompenso cardiaco cronico.</p>		<p>Adulti con scompenso cardiaco cronico.</p>	<p>Raccomandazioni sul trattamento farmacologico e non.</p>	

<p>13) Takeda A, Taylor Stephanie JC, Taylor Rod S, Khan F, Krum H, Underwood M. 2012</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Aggiornare una precedente revisione che valuta l'efficacia degli interventi di gestione dei pazienti con scompenso cardiaco.</p>	<p>Variabile a seconda degli studi analizzati.</p>	<p>25 studi inclusi, 5942 persone con almeno 18 anni e con scompenso cardiaco Sono stati escluse le persone con scompenso cardiaco derivante da malattie cardiache congenite, valvolari o altri disturbi cardiaci.</p>	<p>Classificazione degli interventi per: case management con visite domiciliari e telefonate, clinico ambulatoriali, multidisciplinari</p>	<p>Case management è associato alla riduzione della mortalità e delle riammissioni fino a 12 mesi. Gli interventi ambulatoriali non riducono significativamente la mortalità e le riammissioni. Gli interventi multidisciplinari riducono le riammissioni, ma non la mortalità.</p>
---	------------------------------	---	--	--	--	---

ALLEGATO 2. Tabella 9. Analisi dell'efficacia degli interventi descritta negli esiti

Studi	Riammissione in ospedale	Miglioramento e sostenibilità delle condizioni di salute	Miglioramento della qualità di vita	Percezione	Rapporto con le risorse
1) Quinn C. 2006					
2) Agvall B. 2013					
3) Carmona M. 2013					
4) de Souza EN. 2014					
5) Kay D. 2006					
6) Shellman J. 2008					
7) Giordano A. 2009					
8) Andryukhin A. 2010					
9) Tsuchihashi-Makaya M. 2013					
10) Stewart S. 2015					
11) Heart failure in adults. 2011					
12) National GC. 2011					
13) Takeda A. 2012					

Legenda: intervento efficace intervento non significativo esito non presente