

**UNIVERSITA` DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Tesi di Laurea**

**EFFICACIA DEL PIANO D'AZIONE NEI PAZIENTI**  
**CON SCOMPENSO CARDIACO: UNA REVISIONE**  
**DELLA LETTERATURA**

**Relatore: Prof.re Luigino Schiavon**

**Laureanda: Chiara Montecchio**

**Matricola: 1023858**

**Anno accademico 2014/2015**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>QUADRO TEORICO.....</b>	<b>3</b>
1.1 SCOMPENSO CARDIACO .....	3
1.2 GUIDED CARE MODEL.....	4
1.2 FASE DUE: ACTION PLAN .....	6
<b>MATERIALE E METODI.....</b>	<b>9</b>
2.1 OBIETTIVO .....	9
2.2 DOMANDE DI RICERCA .....	9
2.3 DISEGNO DI STUDIO.....	10
2.4 STRINGHE DI RICERCA .....	10
2.5 CRITERI DI SELEZIONE DEGLI STUDI.....	12
2.6 VALUTAZIONE DEGLI STUDI .....	12
<b>RISULTATI.....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSSIONE.....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>30</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>32</b>
ALLEGATO 1.....	32
ALLEGATO 2.....	33
ALLEGATO 16.....	35

## RIASSUNTO

**Introduzione:** Lo scompenso cardiaco è una condizione cronica in aumento nella popolazione, in particolare per gli individui con età superiore ai sessantacinque anni. La letteratura suggerisce come la convivenza con questa patologia riduca l'autonomia e le attività di vita quotidiana (*Activities of Daily Living*) del paziente. Diventano così necessari interventi mirati, farmacologici e non, per sostenere il paziente nella cura della malattia.

**Obiettivo:** Cercare in letteratura le evidenze più aggiornate riguardo l'efficacia della formulazione del piano d'azione per il paziente nella gestione quotidiana dello scompenso cardiaco.

**Materiali e Metodi:** È stata condotta una revisione della letteratura sulle banche dati di *Medline*, *Cinahl* e *Cochrane database of Systematic Review*. La ricerca si è concentrata sugli articoli di letteratura prodotti negli ultimi dieci anni. Sono state inoltre consultate le ultime 'Linee Guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco' e le '*European Society of Cardiology Guidelines*'.

**Risultati:** Sono stati selezionati dieci articoli che rispondevano ai criteri di selezione, di cui: tre revisioni sistematiche, due studi randomizzati controllati, quattro studi semi sperimentale e uno studio qualitativo.

**Conclusioni:** Gli studi analizzati hanno fornito prove di buon livello che suggerisco come il piano d'azione sia una buona pratica per la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco, inoltre è in grado di migliorare la vita del malato stesso e del caregiver. Un livello forte di evidenza dimostra come questa metodologia migliori le intenzioni dell'individuo, e soprattutto l'intensità dell'attività fisica. Fattore importante per un buon risultato è la collaborazione tra paziente ed infermiere.

**Parole chiave:** *Elderly Patients with Heart Failure, Action Plan, Guided Model, Life Care Planning, Case Manager, Advance Care Planning, Usual Care, Primary Care, Quality of Life.*





# INTRODUZIONE

L'insufficienza cardiaca è associata ad un alto tasso di mortalità e nei Paesi industrializzati è divenuta una delle diagnosi di patologia più frequenti soprattutto nella fascia d'età superiore ai sessantacinque anni; in alcuni Paesi europei il numero di ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco è raddoppiato durante la scorsa decade ed i costi delle frequenti ospedalizzazioni hanno raggiunto proporzioni preoccupanti. Per quanto riguarda il nostro Paese, il Ministero della Salute analizza e regola questa patologia che risulta essere la quarta in ordine di frequenza con oltre 170.000 ricoveri annui.<sup>1,2</sup>

A causa dell'invecchiamento della popolazione, è previsto un aumento dei casi e quindi dei costi sociali nei prossimi anni, con elevato utilizzo delle risorse (attualmente 2 – 2,5% della spesa sanitaria totale, 60 – 70% per le ospedalizzazioni, prima causa di ricovero negli over sessantacinque).<sup>3</sup>

La medicina generale ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona.<sup>3</sup>

Come le altre malattie croniche lo scompenso cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e, quindi, un approccio assistenziale programmato e proattivo, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva.<sup>3</sup> È pertanto necessaria una gestione integrata territoriale ed ospedaliera sulla base dei bisogni del singolo paziente; ad esempio, nelle fasi di stabilità della malattia il paziente può essere seguito a livello ambulatoriale dal team *Chronic Care Model* (CCM), mentre nelle fasi più avanzate può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI).<sup>3</sup>

Negli ultimi anni è stato dimostrato che il trattamento non farmacologico per lo scompenso cardiaco ricopre un ruolo sempre più importante. Per questa tipologia di trattamento si intendono le 'misure di auto – sussistenza/ auto – gestione' cioè, quelle azioni svolte ad assicurare una stabilità fisica, a prevenire comportamenti che possono danneggiare la condizione clinica, il 'supporto educativo e di counseling' da parte dei professionisti dell'assistenza sanitaria e l'aderenza alla terapia.<sup>4</sup>

Tutto questo ha favorito, nel mondo sanitario, l'istituzione di unità operative dedicate e di programmi terapeutico – riabilitativi specifici per lo scompenso cardiaco gestiti da infermieri

case manager (ICM).<sup>4</sup> Nella realtà dell'ADI di Mestre (ULSS 12 Veneziana) sono entrata a stretto contatto con pazienti conviventi con lo scompenso cardiaco e con il trattamento, farmacologico e non, che sono costretti a svolgere quotidianamente nella loro abitazione, pazienti con multi patologie e con situazioni familiari particolari. Ho deciso perciò di condurre una revisione sistematica della letteratura per individuare una tipologia di assistenza, ed in particolare il piano d'azione, che possa migliorare la qualità di vita di questi pazienti.

# CAPITOLO 1

## QUADRO TEORICO

### 1.1 Scompenso cardiaco

Le Linee Guida ESC (*European Society of Cardiology*) ha definito lo scompenso cardiaco come una sindrome caratterizzata dai seguenti aspetti: sintomi e/o segni tipici (dispnea e/o astenia, a riposo e/o da sforzo, e/o edemi declivi) ed evidenza obiettiva (generalmente tramite ecocardiografia) di una disfunzione cardiaca sistolica e/o diastolica.<sup>5</sup>

Una più tradizionale definizione, di tipo fisiopatologico, descrive lo scompenso cardiaco come una sindrome in cui il cuore non è in grado di mantenere una portata cardiaca adeguata alle richieste dei tessuti oppure, nel caso vi riesca, questo è ottenuto attraverso un aumento delle pressioni ventricolari.<sup>6</sup>

Tra le cause più comuni d'insorgenza dello scompenso cardiaco si trovano l'ischemia miocardica, l'ipertensione, le valvulopatie e le cardiomiopatie. Tutte condizioni che limitano, più o meno seriamente, le attività di vita quotidiana del paziente, peggiorandone la qualità della vita per cui lo stesso tende sempre più a ridurre la propria autonomia.<sup>6</sup>

La prevalenza di scompenso cardiaco sintomatico è del 0,5 – 2% della popolazione generale: nei paesi europei sono quindi affette più di dodici milioni di persone.

La prognosi dello scompenso cardiaco è spesso sfavorevole: la forma acuta è la più importante causa di ospedalizzazione per i soggetti di età superiore ai sessantacinque anni. Circa la metà dei pazienti affetti da scompenso cardiaco è destinata a morire in un tempo medio di quattro anni dal momento della diagnosi, e la durata della vita può accorciarsi drasticamente.<sup>7</sup>

È una malattia che causa disabilità e perdita/riduzione dell'autosufficienza. Quest'ultimo aspetto ha gravi conseguenze anche per i familiari. Infatti, come per ogni paziente con patologia cronica, anche quello con scompenso cardiaco necessita di un'assistenza a lungo termine, i cui costi ricadono sul reddito familiare e costituiscono - nel contempo - un importante dispendio economico e, più in generale, di risorse dei sistemi sanitari. Per fornire la migliore cura del paziente con scompenso cardiaco, l'assistenza deve assicurare un approccio sistematico alla globalità dei suoi bisogni, prevenzione e rapido riconoscimento

dei segni di deterioramento funzionale, supporto per l'autogestione e nell'assistenza per i carichi emotivi e sociali che la malattia comporta.<sup>4</sup>

Poiché lo scompenso cardiaco è una malattia che richiede un trattamento complesso per un lungo periodo di vita, è importante, affinché la terapia abbia successo, che si avvii il prima possibile un programma di cura di sé, una pianificazione assistenziale è determinante per questa tipologia di pazienti.<sup>8</sup>

Il *Guided Care*, attraverso la formulazione del piano d'azione, è una valida soluzione per questa sfida, sempre più crescente, di anziani con condizioni croniche e bisogni assistenziali complessi.

Questa tipologia di assistenza è un'innovazione per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere, che ha sede in un ambulatorio delle cure primarie associato ad uno o più medici, nel fornire un'assistenza coordinata e centrata sul paziente.<sup>6</sup>

Il *Chronic Care Model* (CCM) applicato alla gestione dello scompenso cardiaco consente di integrare punti di vista diversi, ma complementari in un setting assistenziale realizzabile avviando "ambulatori territoriali orientati" con un target di pazienti aggregato in modo omogeneo per patologia/rischio/problema.

## 1.2 Guided Care Model

Oggigiorno è crescente il divario tra i bisogni assistenziali della popolazione, che sempre più si spostano verso patologie croniche, e l'orientamento del sistema sanitario verso le cure degli episodi di acuzie. Sessantacinque milioni di persone anziane con multi patologie croniche cercano di ottenere un'assistenza sanitaria da un sistema invece che è stato ideato per il trattamento di malattie acute.<sup>9</sup>

Il *Guided Care* è un nuovo modello assistenziale per le '*chronic care*' ossia la cura di malattie croniche che è stato testato da Kaiser Permanente, a Baltimore – Washington, utilizzandolo nelle cure primarie, garantendo risultati ottimali ai pazienti con condizioni croniche e con complessi bisogni assistenziali.<sup>9</sup>

L'obiettivo dunque era di sviluppare un modello di cura che fosse sostenibile ed utilizzabile dal sistema sanitario, è stato quindi progettato perché rispondesse ai seguenti criteri:

- Efficace nella pratica;
- Finanziariamente sostenibile;

- Stimolante per medici ed infermieri;
- Valido per l'organizzazione sanitaria;
- Accettato dai pazienti ed i caregivers.<sup>9</sup>

Il *Guided Care* è guidato da infermieri altamente qualificati ed abilitati, che con l'aiuto e la collaborazione del medico forniscono un'alta qualità dell'assistenza a patologie croniche.

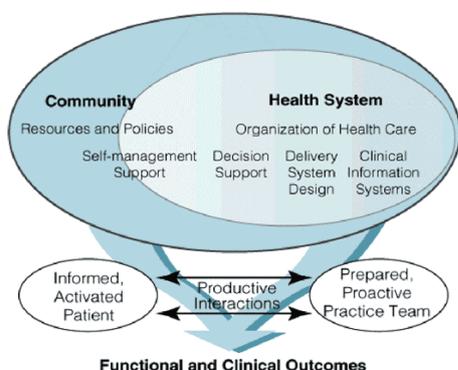
Per questa tipologia di pazienti, il *Guided Care* è stato composto da otto fasi:

- Fase uno: Accertamento;
- Fase due: *Action plan*;
- Fase tre: Monitoraggio;
- Fase quattro: Educazione/Allenamento;
- Fase cinque: Corso per il paziente sulle 'Malattie croniche e l'auto – gestione';
- Fase sei: Educazione e supporto per i caregivers;
- Fase sette: Coordinamento tra i pazienti e i siti di cura;
- Fase otto: Accesso alle cure per la comunità.<sup>9</sup>

Wagner e Bodenheimer, partendo dal *Guided Care* e successivamente modificandolo, hanno proposto un nuovo modello di cure assistenziali: il *Chronic Care*. Il *Chronic Care Model* applicato alla gestione dello scompenso cardiaco consente di integrare punti di vista diversi, ma complementari in un setting assistenziale realizzabile avviando "ambulatori territoriali orientati" con un target di pazienti aggregato in modo omogeneo per patologia/rischio/problema.

Con il fine di poter migliorare le cure per i malati con patologie croniche, questa tipologia di assistenza richiede di apportare simultaneamente dei miglioramenti all'auto – gestione, alla progettazione di attività, al supporto decisionale, al sistema di informazione clinica e infine all'integrazione della comunità nel sistema sanitario.<sup>11</sup> Essenziale per un efficace trattamento delle cure croniche è la collaborazione tra pazienti e i professionisti sanitari, la possibilità di responsabilizzare i malati ed aiutarli ad avere un approccio più attivo nella gestione della loro salute. Infatti quando i pazienti sono più informati, coinvolti ed incoraggiati, tendono automaticamente ad interagire in modo più efficace con i professionisti sanitari e si sforzeranno maggiormente di intraprendere azioni che promuovono i benefici per la loro salute.

In aggiunta, questa collaborazione consente di individuare un piano assistenziale, di affrontare conoscenze specifiche che i pazienti devono avere e i comportamenti che devono modificare per raggiungere i risultati attesi. [cit]



In accordo a questo modello e per poter apportare queste migliorie al progetto è necessario una maggior interazione tra i pazienti, che devono essere informati sulle loro cure, e il team infermieristico, che sarà preparato e avrà un atteggiamento proattivo nel fornire assistenza e cure.<sup>11</sup>

FIGURA I

## 1.2 Fase due: Action plan

I cambiamenti nello stile di vita sono degli obiettivi importanti per tutti i pazienti affetti da scompenso cardiaco o da problematiche cardiache in generale, tuttavia buone intenzioni non garantiscono necessariamente miglioramenti nella condotta di vita del paziente. Inoltre le persone che sono spesso completamente immerse nelle loro attività giornaliere, nella loro quotidianità, potrebbero trovare difficoltà ad implementare nel proprio stile di vita tutti i cambiamenti per un controllo efficace della malattia cronica.<sup>12</sup>

La pianificazione è una potenziale strategia di auto – regolazione, una simulazione mentale per collegare risposte concrete alle situazioni future. Utilizzando questa strategia, le inefficaci e spontanee reazioni formate al momento vengono sostituite da quelle pre-programmate.<sup>12</sup>

Sulla base di questi dati e secondo le ultime evidenze scientifiche, risulta efficace l'utilizzo di una *Care Guide*; si tratta di una raccolta integrata di tutte le raccomandazioni per la gestione della condizione cronica specifica del paziente. In un primo momento attraverso questo protocollo l'infermiere e il medico di base discuteranno e modificheranno questa guida perché possa rispondere alle esigenze specifiche del singolo individuo preso in carico.<sup>9</sup>

In un secondo tempo sarà compito dell'infermiere esporre e spiegare tale guida al paziente interessato e al principale caregiver, e se necessario dovrà modificarlo perché sia conforme alle loro preferenze ma senza dimenticare le prescrizioni mediche e i traguardi da raggiungere.<sup>9</sup>

Il risultato finale di questa progettazione sarà un piano realistico che miri al corretto utilizzo dei farmaci, a mantenere una dieta adeguata, a svolgere attività fisica, all'auto monitoraggio. Sulla base di questa guida, l'infermiere ed il paziente creano così il *My action plan* (Allegato 16) che diventerà la guida personalizzata per il malato e sarà suo compito porlo in un zona visibile della casa come pro – memoria per perseguire gli obiettivi nella cura della patologia cronica.<sup>9</sup>

L'*action plan* può aiutare ad avviare le azioni con uno specifico *quando, dove e come* agire, e questi segnali possono innescare a valanga l'avvio dei cambiamenti necessari, spesso senza che il paziente ne sia completamente consapevole. Le persone che creano un piano d'azione hanno più probabilità di agire nel modo previsto e di avviare i comportamenti corretti più velocemente. Il piano d'azione dunque aiuta gli individui nell'attuare le loro intenzioni.<sup>9, 12</sup>

Questa metodologia non è altro che uno strumento utilizzato per coinvolgere i pazienti nelle discussioni, per cambiare le cattive abitudini, con il medico e gli infermieri per raggiungere gli obiettivi previsti. Inoltre è importante far comprendere al paziente che questo piano d'azione non è altro che un contratto o un accordo che loro fanno con sé stessi e per sé stessi, e solo così potrà diventare una guida personalizzata, specifica e reale.<sup>13</sup>

Affinché possa essere di vero aiuto al malato stesso è necessario aiutarlo nella sua composizione, ovvero nelle seguenti fasi:

1. Decidere di voler davvero iniziare questo percorso;
2. Scrivere il piano d'azione, creare il piano specifico: cosa si vuol fare, per quanto tempo, quando si ha intenzione di farlo e quanto spesso in termini di frequenza;
3. Chiedere a sé stessi se si è sicuri di essere in grado di seguire il programma scritto, valutare con una scala da 0 a 10 quanto appropriato sia il progetto, se il risultato dovesse essere inferiore a 7 bisogna rivederlo e modificarlo;
4. Chiedersi chi potrebbe aiutarvi in questo piano, a volte si può aver bisogno di aiuto per superare degli ostacoli;
5. 'Quali barriere ed ostacoli potrei incontrare?' pensare a quali ostacoli possono farvi dubitare della buona riuscita del piano;

6. Monitorare i progressi, tenere un diario giornaliero con tutte le attività svolte e valutare man mano i progressi e gli obiettivi raggiunti. <sup>14</sup>

L'assistito potrà ritenersi soddisfatto del suo percorso quando:

- Avrà quotidianamente sott'occhio il proprio piano;
- Metterà in atto ciò che ha deciso precedentemente di fare; un aiuto concreto può essere ricevuto dalla famiglia o dagli amici, ad esempio chiedendo a loro di prendere nota dei progressi;
- Se necessario sarà in grado di riportare modifiche o cambiamenti al progetto; se qualcosa non dovesse andare secondo i piani non deve arrendersi, ma escogitare un metodo per procedere più lentamente ma con profitto;
- Revisionerà in caso di necessità il suo piano per renderlo più applicabile;
- Si premierà in maniera adeguata dopo ogni progresso; non dovrà assolutamente approfittare di questo premio per tornare alle vecchie abitudini, ma ad esempio svolgere attività ricreative in compagnia. <sup>14</sup>

# **CAPITOLO 2**

## **MATERIALE E METODI**

### **2.1 Obiettivo**

L'obiettivo che questa revisione si prefigge è di cercare le evidenze più aggiornate in letteratura sull'efficacia della presa in carico del paziente attraverso il piano d'azione. Quindi la ricerca si focalizza sulle caratteristiche di questo piano, come dev'essere creato e da quali fasi è composto. Inoltre, per quanto concerne la figura del paziente interpretato come focus delle cure dell'infermiere, verificare l'effettiva efficacia di tale metodologia di assistenza per esso, per la sua qualità di vita e quali importanti cambiamenti comporta nella sua quotidianità. Infine dai risultati che emergeranno poter condurre dei miglioramenti, sulla base delle evidenze trovate e sugli studi attuati, all'assistenza personalizzata in modo da rendere efficace l'utilizzo del piano d'azione come ipotetico piano per l'infermiere di presa in carico del malato dimesso.

### **2.2 Domande di ricerca**

1. Per quanto concerne l'attività fisica quali traguardi è in grado di raggiungere il paziente grazie al piano d'azione?
2. Il malato attraverso il piano d'azione è in grado di migliorare il suo stato di salute?
3. Quali benefici può ottenere l'individuo per la sua salute mentale?
4. Quale impatto ha il piano d'azione nella vita quotidiana del paziente?
5. I benefici della formulazione di un piano d'azione sono in grado di migliorare la qualità di vita della persona?
6. Questa tipologia di presa in carico del malato è in grado di diminuire gli accessi inutili in ospedale e di conseguenza i costi della sanità?
7. Chi è la figura infermieristica che si occupa della progettazione di questo piano?

## 2.3 Disegno di studio

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso le principali banche dati: PUBMED, COCHRANE LIBRARY, CINAHL.

## 2.4 Stringhe di ricerca

Al fine di trovare risposta alle domande sopra elencate, è stata effettuata una ricerca in letteratura per studi riguardanti pazienti affetti da scompenso cardiaco presi in carico attraverso la formulazione di un piano personalizzato (piano d'azione, piano di coping, care planning) rispetto alle cure primarie usuali.

Per condurre la revisione è stato utilizzato il seguente PICO:

- Popolazione: Pazienti anziani con scompenso cardiaco;
- Intervento: Formulazione di un piano d'azione, piano personalizzato;
- Comparazione: Cure usuali;
- Outcome: Miglioramento della qualità di vita del malato.

La ricerca è stata effettuata nelle seguenti banche dati: Medline (Pubmed), COCHRANE e Cinahl nel Novembre 2015, con un limite di retroattività posto a dieci anni. La consultazione del materiale online è stata possibile grazie al servizio di Auth – Proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

Le parole chiavi utilizzate nelle diverse strategie di ricerca sono riportate nella Tabella I:

TABELLA I. PAROLE CHIAVE

<b>Keywords</b>	
<b>P</b>	Elderly Patients with Heart Failure
<b>I</b>	Action Plan, Guided Model, Life Care Planning, Case Manager, Advance Care Planning
<b>C</b>	Usual Care, Primary Care
<b>O</b>	Quality Of Life

Le parole chiavi sono state utilizzate sia come parole libere, sia in combinazione con termini booleani; è stata inoltre sfruttata l'indicizzazione Mesh in diverse stringhe di ricerca. Le stringhe di ricerca stesse sono state riassunte nella Tabella II:

TABELLA II. STRINGHE DI RICERCA

Numero	Database	Stringa di ricerca	Risultati	Numero di articoli inclusi	Diagramma di flusso
1	Pubmed	((action plan) AND elderly patient) AND chronic disease	66	1	Allegato 1
2	Pubmed	((case manager) AND action plan) AND chronic disease	5	0	Allegato 2
3	Pubmed	((chronic heart failure) AND life care planning) AND quality of life	59	0	Allegato 3
4	Pubmed	((self care[Mesh]) AND quality of life[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	135	1	Allegato 4
5	Pubmed	((action plan) AND quality of life[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	2	0	Allegato 5
6	Pubmed	((self care[Mesh]) AND heart failure[Mesh]) AND action plan	6	1	Allegato 6
7	Pubmed	((heart failure[Mesh]) AND action plan) AND primary care[Mesh]	3	0	Allegato 7
8	Pubmed	(personal action plan) AND heart failure[Mesh]	2	0	Allegato 8
9	Pubmed	(heart failure[Mesh]) AND advance care planning[Mesh]	76	1	Allegato 9
10	Pubmed	(patient care planning[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	497	3	Allegato 10
11	Pubmed	("patient care planning") AND heart failure[Mesh]	194	0	Allegato 11
12	Cochrane Library	Action plan AND heart failure	14	1	Allegato 12
13	Cochrane Library	Care planning AND heart failure	138	2	Allegato 13
14	CINAHL	Action plan AND heart failure	35	0	Allegato 14
15	CINAHL	Action plan AND cronich disease	60	0	Allegato 15

## 2.5 Criteri di selezione degli studi

I seguenti criteri di inclusione sono stati utilizzati alla selezione degli studi:

- Pazienti adulti affetti da scompenso cardiaco;
- Articoli che avessero come focus il paziente stesso;
- Articoli pubblicati negli ultimi dieci anni;
- Articoli in lingua inglese o italiana.

Sono stati esclusi inoltre tutti gli articoli su popolazione non adulta, quelli di cui non era disponibile il testo completo gratuitamente dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova, gli articoli riguardanti altre patologie croniche al di fuori dello scompenso cardiaco o che non avessero come focus il paziente.

## 2.6 Valutazione degli studi

Per ciascun articolo sono state sintetizzate in tabelle le informazioni riguardanti autori, data di pubblicazione, titolo, tipo di studio, parole chiave, materiali e metodi, obiettivo dello studio, limiti dichiarati e conclusioni; inoltre a ciascun articolo è stato assegnato un livello di prova secondo le indicazioni del programma nazionale delle linee guida (Tabella III).

TABELLA III. INDICAZIONI DEL PROGRAMMA NAZIONALE DELLE LINEE GUIDA

<b>I</b>	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
<b>II</b>	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
<b>III</b>	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
<b>IV</b>	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
<b>V</b>	Prove ottenute da gruppi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.
<b>VI</b>	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference.

# CAPITOLO 3

## RISULTATI

Dalla ricerca in letteratura sono stati selezionati dieci articoli che rispondevano ai criteri di inclusione stabiliti precedentemente. La tabella IV contiene un elenco degli articoli selezionati:

Autori, titolo e data di pubblicazione	Livello di prova
<b>Coulter A et al</b> “Personalised care planning for adults with chronic or long-term conditions (Review)”, The Cochrane Collaboration, 2015	I Revisione sistematica
<b>Heather Drouin et al</b> ‘Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review.’ BMC Geriatric, 2015.	I Revisione sistematica
<b>Verena H et al</b> ‘Case Management Program for Patients With Chronic Heart Failure’, Deutsches Arzteblatt International 2014	II Trial controllato
<b>Righi L. et al</b> ‘Self – care management e family coaching: coinvolgere attivamente pazienti e familiari nell’assistenza domiciliare’ Evidence 2014.	IV Studio sperimentale
<b>Jenny H. et al</b> ‘Experience of care planning in England: interviews with patients with long term conditions’ Biomed central 2012.	III Studio semi sperimentale
<b>Takeda A. et al</b> ‘Clinical service organisation for heart failure (Review)’, Crochane Library 2012	I Revisione sistematica
<b>Marco Matteo C et al</b> ‘Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patient with heart failure an diabetes, 2010. (Project Leonardo)	IV Studio sperimentale
<b>Chad B et al</b> ‘Improving Chronic Care: The Guided Care Model’ The Permanente Journal 2008.	II Trial controllato
<b>Falko F. Sniehiota et al</b> ‘Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation’ The British Psychological Society 2006.	IV Studio sperimentale
<b>Falko F. Sniehotta et al</b> ‘Action planning and coping planning for long – term lifestyle change: Theory and assessment.’ European Journal of Social Psychology 2005.	IV Studio sperimentale

TABELLA IV

A seguire le tabelle riassuntive di tutti gli studi selezionati:

<b>Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Popolazione, Materiale e Metodi</b>	<b>Risultati</b>	<b>Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati</b>
<p>Coulter A et al, "Personalised care planning for adults with chronic or long-term conditions (Review)", The Cochrane Collaboration, 2015. <u>Tipologia di studio:</u> revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>Valutare gli effetti del piano d'azione in pazienti adulti con patologie a lungo termine rispetto le cure usuali. Questa revisione è stata effettuata per scoprire se un approccio personalizzato conduce a dei migliori risultati rispetto alle decisioni prese dal singolo professionista sanitario.</p>	<p>La popolazione oggetto di tale indagine sono le persone adulte (età minima diciott'anni) con malattie croniche o a lungo termine. Con patologia cronica vengono definite tutte quelle malattie invalidanti e a lungo termine sia fisiche, psicologiche e cognitive. Sono stati presi in considerazione studi clinici randomizzati e controllati. Sono stati inclusi solo gli studi in cui i pazienti partecipavano attivamente alla formulazione del loro piano d'azione. Sono stati esclusi tutti gli studi in cui i malati non avevano potere decisionale e in cui il focus erano i programmi di formazione del personale.</p>	<p>Per quanto riguarda la salute fisica nove studi dimostrano un lieve miglioramento dell'emoglobina glicata (-0.24%) e altri sei studi dimostrano un lieve miglioramento per la pressione arteriosa sistolica (-2.64 mmHg). Entrambi i risultati si basano su un livello di evidenze moderato. Non sono stati trovati però evidenze a conferma che una pianificazione dell'assistenza personalizzata abbia effetti positivi sui pazienti con ipercolesterolemia. Inoltre in cinque studi si è dimostrato un piccolo risultato positivo in favore della formulazione di un piano d'azione per quanto concerne la capacità di auto gestirsi e l'autoefficacia. Questi studi infine hanno dimostrato che si raggiungerà un risultato migliore quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Molti dei passaggi (fasi) della pianificazione del piano d'azione sono stati portati a termine;</li> <li>▪ Quando c'è un continuo e frequente contatto tra paziente ed infermiere;</li> </ul> <p>Quando il malato è pienamente coinvolto in tale processo.</p>	<p>In conclusione gli autori dichiarano che la pianificazione di un'assistenza personalizzata è un approccio promettente che offre il potenziale per fornire aiuto concreto per identificare i bisogni dei pazienti e portandoli a migliori risultati per la loro salute. Quindici dei diciannove studi presi in considerazione riportano effetti positivi di questo piano d'azione, e le evidenze trovate sono di livello moderato.</p>

<b>Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Popolazione, Materiale e Metodi</b>	<b>Risultati</b>	<b>Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati</b>
<p>Heather Drouin et al, 'Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review.' BMC Geriatric, 2015.  <u>Tipologia di studio:</u> revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>Lo scopo della revisione sistematica della letteratura è quello di cercare di identificare e valutare gli obiettivi raggiunti dagli interventi del 'Chronic Care Model' nelle popolazione anziana. In particolare il nostro obiettivo è quello di determinare la misura in cui gli interventi del CCM sono basati sulla popolazione, la comunità, il sistema e i risultati a livello personale.</p>	<p>Il soggetto dello studio è la popolazione anziana. Sono stati inclusi gli articoli pubblicati tra Gennaio 2003 e Luglio 2014, in lingua inglese e che avessero come soggetto di osservazione gli anziani. Sono stati esclusi: le revisioni sistematiche, le meta – analisi e gli studi in cui non c'era come soggetto gli anziani. In totale sono stati presi in considerazione 14 articoli.</p>	<p>Il servizio sanitario è stato misurato attraverso i costi, visite al pronto soccorso, riammissioni in ospedale, giorni di degenza, ammissioni alle case di cura, medicazione prescritte e servizi utilizzati. La qualità delle cure è stata analizzata in modo diverso, dalla prospettiva dei professionisti, la prospettiva dei malati. I caregiver hanno valutato la qualità di cure attraverso la loro percezione riguardo la collaborazione, la qualità delle prestazioni erogate, e l'impatto del programma con i comportamenti riguardanti la salute. La prospettiva delle qualità delle cure da parte dei pazienti si basava invece in termini di soddisfazione, l'accesso alle cure, il coordinamento delle cure, quanto è stato incluso nel processo decisionale. In quattro studi sono stati valutati i valori degli esami ematochimici, in sette studi è stato valutato lo stato mentale del paziente, le ADL, lo stato nutrizionale, in altri quattro studi è stato valutato anche lo stato di ansia o depressione del paziente. In tutti in sostanza il nucleo centrale è stato quello di valutare la qualità di vita del soggetto. Solo su quattro hanno mostrato un impatto positivo del CCM sulla qualità di vita del paziente e del caregiver.</p>	<p>Si è evidenziato con questa revisione che la valutazione di questo programma è spesso limitata dai pochi interventi del sistema sanitario. È dunque necessario uno sviluppo del CCM a livello di impatti sulla comunità, un maggior supporto per i pazienti con patologie croniche e i loro familiari.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Verena H et al, 'Case Management Program for Patients With Chronic Heart Failure', Deutsches Arzteblatt International 2014, Germania. <u>Tipologia di studio</u>: trial controllato.</p>	<p>Lo scopo dello studio è quello di dimostrare che un programma di case management per le persone affette da scompenso cardiaco può ridurre il numero di ricoveri ospedalieri e le riammissioni in pronto soccorso.</p>	<p>Tutti i pazienti con scompenso cardiaco suddivisi in due gruppi: il gruppo (controllo) che riceverà le cure primarie di routine e il gruppo (caso) invece che seguirà un programma di case management. Le selezioni sono state effettuate da Luglio 2005 a Dicembre 2009. I partecipanti del gruppo CSP (case management program) rappresentano un numero di mille persone e presentano le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possiedono un'assicurazione sanitaria che copra l'intero periodo di studio;</li> <li>▪ I sintomi dello scompenso cardiaco possono essere riconosciuti secondo la classificazione NYHA;</li> <li>▪ La terapia standard per lo scompenso cardiaco deve rientrare nel sistema sanitario tedesco.</li> </ul> <p>Tutti i partecipanti che non includevano questi criteri sono stati esclusi insieme alle persone che non potevano partecipare per un periodo oltre i sei mesi. Diversi invece sono i criteri per il gruppo delle cure standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In possesso di un'assicurazione sanitaria che copra l'intero periodo di studio;</li> <li>▪ Che non sono stati inclusi nel gruppo CMP;</li> </ul> <p>A cui è stato diagnosticato lo scompenso cardiaco secondo la classificazione NYHA e hanno cominciato le cure standard all'inizio (nei primi due quarti) del 2005.</p>	<p>Dai risultati dello studio emerge che solo il 6,2 % dei partecipanti al gruppo CMP ha ricevuto cure ospedaliere per lo scompenso cardiaco in contrasto con il 16,6% dell'altro gruppo. Inoltre sono stati segnalati alti tassi di ricoveri ospedalieri nel gruppo di controllo rispetto che nel gruppo CMP. Un altro criterio di paragone è la frequenza con cui il paziente riceve le cure primarie ambulatoriali dal suo medico curante. I risultati dimostrano che un 2,2% del gruppo CMP ha avuto incontri con il medico rispetto al gruppo di controllo con solo il 1,8%. Infine è risultato che il tasso di mortalità nel gruppo CMP è del 5,0% rispetto al gruppo di controllo pari al 6,7%.</p> <p>Per quanto riguarda i costi non ci sono risultati significativi per le spese di ricovero dei pazienti, i costi di ospedalizzazione annui per paziente sono 222, 22 euro per il gruppo CMP e 683, 88 euro per il gruppo di controllo.</p>	<p>I limiti dichiarati dello studio sono principalmente il periodo limitato di osservazione, l'incapacità di sapere con certezza da quanto tempo il paziente assicurato era affetto da scompenso cardiaco, non sono state attuate distinzioni demografiche, la popolazione rappresentativa della Germania era coperta dalla stessa assicurazione sanitaria. In conclusione possiamo affermare che le riammissioni ospedaliere sono molto ridotte nei pazienti con scompenso cardiaco che seguono un programma di case management. Questo ha quindi anche un successo per il paziente stesso, un effetto più che positivo per lui e una diminuzione dei costi per la sanità. La differenza tra i pazienti che sono stati seguiti da un programma di case management è significativa, e molti degli effetti analizzati richiedono più tempo per manifestarsi.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Righi L. et al, 'Self – care management e family coaching: coinvolgere attivamente pazienti e familiari nell'assistenza domiciliare' Evidence, 2014, Università degli studi di Siena. <u>Tipologia di studio:</u> studio sperimentale.</p>	<p>Nella Zona – Distretto Alta Val d'Elsa dell'AUSL 7 di Siena, è stata avviata dal Luglio 2007 (per sei mesi) una sperimentazione di modelli che prevede un cambiamento dell'offerta infermieristica territoriale, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ridurre le richieste inappropriate di interventi domiciliari, rendendo più autonomi i pazienti e i caregiver e offrendo loro un punto di riferimento (infermiere referente);</li> <li>▪ Aumentare la qualità del servizio domiciliare:</li> </ul> <p>Valorizzare le professionalità coinvolte nell'assistenza territoriale, aumentandone la job satisfaction.</p>	<p>Pazienti con patologie croniche e richiedenti assistenza infermieristica domiciliare. In questo periodo di tempo il personale infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ha condotto un'indagine epidemiologica finalizzata a facilitare l'organizzazione del servizio e ad identificare i bisogni assistenziali;</li> <li>▪ Suddiviso il territorio in tre sub – zone;</li> <li>▪ Istituito una <i>nurse team</i> di tre o quattro operatori con competenza specifica rispetto alle tre sub – zone, in modo tale che ogni paziente abbia un infermiere referente;</li> <li>▪ Effettuato una revisione delle linee guida per: definire le patologie gestibili, creare schede per valutare il bisogno formativo dei pazienti e dei caregiver, produrre tabelle di planning – educativo contenenti la tipologia e la tempistica degli interventi, definire gli eventi sentinella per la verifica della qualità assistenziale;</li> <li>▪ Prodotto degli opuscoli in italiano e altre tre lingue per le badanti.</li> </ul> <p>Durante la fase preparatoria è stato somministrato un questionario, Caregiver Burden Inventory (CBI) e la scala Barthel. È stato scelto questo questionario in quanto consente di ricavare il carico complessivo sul caregiver della richiesta di cura e di assistenza a livello fisico, psicologico e sociale. Uno score superiore a 36 indica il rischio di burnout. Tale questionario è stato proposto al tempo zero, dopo 15 giorni (tempo 15) e dopo trenta giorni (tempo 30) assieme alla scala Barthel per valutare il grado di dipendenza del paziente over 65.</p> <p>Gli infermieri del territorio aveva il compito di valutare, in modo partecipato con i pazienti e i caregiver, la possibile inclusione del nuovo servizio, sulla base della cartella infermieristica e delle scale a sua disposizione (Conley, Braden, Barthel, Mini Nutritional Assessment). Successivamente veniva programmata l'attività di formazione a domicilio e veniva</p>	<p>Il questionario è stato somministrato a 82 soggetti, in cui risulta una diminuzione media dell'impatto del carico assistenziale di 2.75 punti. Nei pazienti di età compresa tra i 65 e i 75 si è riscontrato un miglioramento degli indici Barthel. Il numero delle prestazioni infermieristiche a bassa complessità si è ridotto dal 57.5% del 2007 al 51.4% al 2012, mentre le percentuali degli interventi ad alta complessità è aumentato al 33.5% nel 2012.</p>	<p>È emerso dunque che i caregiver più a rischio di burnout sono le nuore perché non direttamente legate da un parentela. Inoltre un programma di formazione nei soggetti tra i 65 e i 75 anni può determinare un reale miglioramento delle condizioni generali. L'efficacia del programma è data sia dalla volontà e convinzione degli operatori sia dalla partecipazione attiva dei pazienti e i caregiver. Il principale limite riguarda il questionario, non è stato validato. I nostri risultati evidenziano come sia importante la presa in carico totale dei pazienti e non pensare come unico scopo alle prestazioni da erogare, poiché solo così facendo si rende partecipe sia il paziente stesso che il caregiver e si rendono più autonomi nella gestione delle patologie croniche.</p>

		<p>stipulato un 'contratto assistenziale'.</p> <p>Per valutare il nuovo servizio sono stati identificati due indicatori: la riduzione della percentuale delle prestazioni infermieristiche a bassa complessità e l'aumento del numero di prestazioni ad alta complessità.</p>		
--	--	---	--	--

<b>Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Popolazione, Materiale e Metodi</b>	<b>Risultati</b>	<b>Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati</b>
<p>Jenny H. et al, 'Experience of care planning in England: interviews with patients with long term conditions' Biomed central 2012, Inghilterra. <u>Tipologia di studio</u>: intervista semi – strutturata (studio qualitativo).</p>	<p>Questo studio vuole esplorare l'esperienza della pianificazione assistenziale nei pazienti con patologie croniche in tre diverse aree dell'Inghilterra. Attraverso un'intervista con i partecipanti per esaminare le discussioni sulla pianificazione assistenziale e i piani d'assistenza in Inghilterra, e per esplorare le barriere o i facilitatori dell'attuazione di questo piano.</p>	<p>Sono stati selezionati 23 pazienti anziani con multi patologie croniche, 11 femmine e 12 maschi, con un'età compresa tra i 50 e gli 85 anni. Il modello di assistenza integrata è stata dedicata ai pazienti anziani, fragili e con un alto rischio di riammissione all'ospedale. Sono stati intervistati i pazienti che hanno affrontato la discussione sulla pianificazione assistenziale con gli operatori. È stato condotto lo studio tra Aprile e Giugno del 2010, nelle case dei volontari. Le interviste sono durate da un minimo di 25 minuti ad un massimo di un'ora e 45 minuti, in cui tutto è stato registrato e poi trascritto su carta.</p>	<p>I pazienti hanno dichiarato di soffrire: dolore cronico, diabete, cancro, artrite, BPCO, scompenso cardiaco. Nessun paziente ha dichiarato di aver ricevuto un colloquio chiaro ed esauritivo, e nessuna documentazione sulla malattia e sul piano d'azione da svolgere.</p>	<p>In questa predominanza di anziani fragili nella popolazione questa assistenza personalizzata (care planning) in Inghilterra spesso è incompleta e confusa, non segue un piano d'azione efficace. L'approccio proattivo è raro, la mancanza di continuità delle cure, la mancanza di tempo per i consulti con i professionisti sono delle barriere da oltrepassare per il futuro. Le principali limitazioni di tale studio sono il limitato numero di partecipanti (23), non sono stati intervistati i professionisti sanitari, inoltre la popolazione apparteneva principalmente all'ambiente rurale da vari villaggi in cui l'assistenza è un po' diversa rispetto alla città. La politica del dipartimento inglese della salute si basa nel supporto dell'autogestione, nella definizione degli obiettivi e nel piano d'azione come principali attori per un'assistenza personalizzata. Sono state trovate delle evidenze che supportano tale tesi. L'assistenza personalizzata (care planning) sarà dunque utile ai pazienti con patologie croniche, ma è necessario per il futuro organizzarsi con delle piattaforme informatiche per coordinare le cure a questi pazienti, prendersi le proprie responsabilità e avere una linea di comunicazione chiara ed esplicita. È richiesto dunque delle attitudini particolari per i professionisti nel sviluppare questo piano d'azione come assistenza personalizzata.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Takeda A. et al, 'Clinical service organisation for heart failure (Review)', Crochane Library 2012. <u>Tipologia di studio</u>: revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>L'obiettivo primario è quello di comparare gli effetti dei diversi interventi clinici, compreso il case management, rispetto le cure usuali sulle morti e le riammissioni in ospedale dei pazienti a cui è già stato diagnosticato la diagnosi di scompenso cardiaco. Il secondo obiettivo vuole valutare gli effetti dei diversi interventi clinici rispetto le cure usuali sulla degenza in ospedale e la qualità di vita.</p>	<p>Questa revisione si basa su una popolazione adulta (età superiore ai 18 anni) che sono stati ammessi alle cure secondarie e a cui è stata riconosciuta la diagnosi di scompenso cardiaco. Nella revisione sono stati inclusi trial randomizzati e controllati che riportassero un follow up minimo di sei mesi. Sono stati inclusi gli interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Case management, definito come 'la gestione attiva delle persone ad alto rischio con bisogni complessi, con un infermiere case manager che si assume la responsabilità dei casi in un sistema di cure integrato';</li> <li>▪ Interventi clinici intensivi,</li> <li>▪ Interventi multidisciplinari, definiti come 'un sistema di coordinamento degli interventi e delle comunicazioni per le persone con patologie croniche o a lungo termine, nei pazienti in cui la cura di sé è importante'.</li> </ul> <p>Gli interventi a cui si è prestato attenzione sono stati: un follow up telefonico, l'educazione al paziente e ai caregiver, l'autogestione, monitoraggio del peso, consigli sulla dieta e restrizione dell'assunzione di sodio, esercizio fisico, supporto psicologico e sociale. Gli articoli sono stati raccolti nei maggiori database elettronici quali CENTRAL, MEDLINE, CINAHL. Sono stati inclusi in totale 24 studi per sviluppare la revisione.</p>	<p>Tutti gli studi hanno dimostrato una diminuzione della mortalità grazie a tutti gli interventi messi in atto. In ben cinque nuovi studi hanno dimostrato un lieve miglioramento della qualità di vita del paziente seguito da un case manager rispetto alle cure usuali. La riduzione della mortalità nel gruppo del case management è visibile solo dopo il dodicesimo mese di follow up, è dimostrato in 11 studi. Inoltre per i pazienti del gruppo di case management si sono ridotti i giorni di degenza all'ospedale anche solo dopo sei mesi.</p>	<p>È chiaro da questa revisione che è evidente come gli interventi di case manager sono in grado di ridurre la mortalità in pazienti con scompenso cardiaco, intorno ai 12 mesi di follow up. Ci sono buone evidenze che dimostrino la riduzione delle riammissioni all'ospedale, non è però ben chiaro se questi interventi riducano davvero il periodo di degenza in ospedale. Dunque per il futuro sarà utile questa tipologia di presa in carico del paziente da parte dell'infermiere case manager.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Marco Matteo C et al, 'Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patient with heart failure and diabetes. (Project Leonardo)', 2010, Università degli studi di Bari. <u>Tipologia di studio</u>: studio sperimentale.</p>	<p>Il progetto Leonardo rappresenta uno studio per valutare l'impatto della malattia e il modello di gestione delle cure e dell'introduzione dell'infermiere 'care manager' nel sistema delle cure primarie.</p>	<p>Trenta care managers sono stati introdotti negli uffici di 83 dottori con lo scopo di creare un 'team' di cooperazione e di collaborazione per incentivare 1.160 pazienti che convivono con patologie croniche, in particolare scompenso cardiaco, ad aver un atteggiamento e un ruolo attivo per la loro salute. I pazienti per partecipare dovevano avere scompenso cardiaco e diabete, conoscere l'italiano, in grado di rispondere al telefono e dare il consenso. Ogni partecipante riceve: un follow up iniziale con il care manager, un piano d'azione che rifletta la persona e le indicazioni del dottore, del materiale educativo, un'assistenza coordinata, dei regolari incontri per fare il punto della situazione. Per mettere in atto il piano d'azione è necessario che il care manager non solo consideri le prescrizioni mediche ma anche le abitudini del paziente, i comportamenti e gli atteggiamenti. Un progetto di durata di 18 mesi, da Febbraio 2006 a Settembre 2007.</p>	<p>I risultati dimostrano che il progetto è fattibile e altamente efficace nell'aumentare le conoscenze sulla salute, le abilità di autogestione, e le facilità di cambiare i propri comportamenti in modo più salutare. La costruzione di un piano d'azione, un monitoraggio continuo da parte del team sanitario, test diagnostici sono tutti servizi che promuovono un percorso di fiducia e aumenta la sicurezza del paziente malato a casa propria.</p>	<p>I dottori, gli infermieri care manager e i pazienti concordano riguardo l'impatto positivo sulla salute del malato e dell'autogestione e attribuiscono questi risultati al forte legame che si instaura tra care manager e paziente, e tra il dottore e il care manager. Studi futuri dovrebbero pensare alla possibilità di considerare il paziente stesso come il più importante membro del team e considerare la figura del care manager come la chiave della collaborazione in grado di supportare il progetto nel sistema sanitario delle cure primarie.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Chad B et al, 'Improving Chronic Care: The Guided Care Model' The Permanent Journal 2008, Università di John Hopkins. <u>Tipologia di studio:</u> Trial randomizzato controllato.</p>	<p>Verificare l'efficacia del nuovo modello per le patologie croniche 'guided care model' che è stato testato dalla Kaiser Permanente (KP) nell'ospedale di Baltimore – Washington. Il 'guided care' è il primo modello basato sulle esigenze e i bisogni più complessi dei pazienti con più patologie croniche ed è in grado di garantire l'efficacia dei suoi interventi. È stato creato questo tipo di modello per facilitare le cure dei pazienti e per migliorare la loro stessa vita. Lo scopo dunque è creare un modello di cura per patologie croniche utilizzabile da tutti.</p>	<p>I soggetti a cui l'articolo si rivolge sono i pazienti ad alto rischio per la loro salute e con severe condizioni patologiche e croniche. Per selezionare la popolazione inclusa si utilizza un software che analizza i dati dell'anno precedente. Per creare il Guided Care model sono stati aggiunti dei principi fondamentali e sono stati integrati alle cure primarie. E deve essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efficace nella pratica;</li> <li>▪ Sostenibile finanziariamente;</li> <li>▪ Interessante per dottori ed infermieri;</li> <li>▪ Prezioso per l'organizzazione sanitaria;</li> <li>▪ Comune per i pazienti ed i caregivers.</li> </ul> <p>Il modello dev'essere azionato da un infermiere specializzato nell'ufficio delle cure primarie. L'infermiere assiste il medico nel fornire al paziente un'alta qualità delle cure per le patologie croniche. Gli infermieri partecipanti allo studio hanno frequentato delle lezioni riguardo il tema e sono stati informati delle particolari abilità che devono possedere. Successivamente possono partecipare attivamente alle cure primarie e quindi interagire con le altre figure professionali.</p>	<p>Il modello Guided Care infermieristico si basa su otto fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutazione: l'infermiere avrà un colloquio con il paziente nella sua abitazione, e qui indagherà su più aspetti, la salute, le capacità mentali, la famiglia;</li> <li>▪ Pianificazione della cura: sulla base di ciò che emerge dall'incontro e dalle ultime evidenze scientifiche si formula la 'care guide' una guida per le cure, infatti consiste in una integrazione tra tutte le raccomandazioni su come gestire un paziente con tale patologia cronica. L'infermiere dunque coinvolge paziente e famiglia per formulare un piano d'azione basato sulle esigenze e le possibilità del paziente stesso. Conseguirà loro un opuscolo 'My Action Plan' in cui dovranno annotare tutto gli interventi che fanno giornalmente, dalle medicine somministrate all'attività fisica svolta;</li> <li>▪ Monitoraggio: l'infermiere avrà un atteggiamento proattivo di monitoraggio, quando si verifica un problema è necessario rivedere il piano d'azione;</li> <li>▪ Allenare: l'infermiere verifica l'efficace dell'auto gestione del paziente, da motivazioni valida a rimanere costante;</li> <li>▪ Chronic Disease Self – Management: i pazienti devono seguire questo corso per una o due ore a settimana per una durata di sei settimane, viene fatto per stimolare il malato da un atteggiamento passivo verso la patologia ad un atteggiamento attivo;</li> <li>▪ Educare e supportare i caregivers;</li> <li>▪ Coordinare le cure tra i pazienti e l'ospedale, o gli ambulatori o i liberi professionisti;</li> <li>▪ Facilitare l'accesso a vari servizi, per esempio la necessità di trasportare persone disabili.</li> </ul> <p>È stato condotto uno studio pilota per verificare tutto questo, mettendo in confronto pazienti che hanno utilizzato il Guided Model contro chi ha usufruito solo delle cure primarie.</p>	<p>È emerso che chi segue un Guided Model migliora la qualità delle sue cure e di conseguenza la qualità della sua vita. Inoltre con l'utilizzo di questo modello è possibile abbassare i costi della sanità.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Falko F. Sniehiota et al, 'Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation' The British Psychological Society 2006, Inghilterra. <u>Tipologia di studio</u>: studio sperimentale.</p>	<p>Lo scopo principale di questo articolo è quello di testare due brevi tipologie di interventi (pianificazioni) per incoraggiare i pazienti affetti da scompenso cardiaco ad impegnarsi in un'attività fisica regolare. I due interventi presi in esame sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il piano d'azione, in termini di quando, dove e come poter agire;</li> <li>▪ Il piano di coping, come affrontare le eventuali barriere.</li> </ul>	<p>Il campione comprende 211 pazienti volontari, tutti con una prescrizione di un'attività fisica regolare, di cui 46 donne e 165 uomini. La media d'età è di 59.3 anni, in un range compreso tra 31 e 89 anni. È stato effettuato uno studio longitudinale per un periodo pari a dieci settimane. I pazienti sono stati valutati dopo due settimane e dopo due mesi. Dopo il primo controllo i partecipanti sono stati divisi nei tre gruppi: il gruppo dei due piani combinati (intervento) e il gruppo solo con il piano d'azione e il gruppo associato al piano di coping. In ogni controllo è stato valutato: l'autoefficacia, i comportamenti attuati, l'esercizio fisico, i risultati attesi, lo stato mentale, le cattive abitudini. È stato consegnato loro un foglio in cui scrivere tre piani d'azione (nel gruppo di caso) e altri tre piani di coping (nel gruppo combinato), dopodiché hanno ricevuto una consulenza come guida e per chiarire i progetti. L'attività fisica comprendeva: cyclette, nuoto e jogging per almeno tre volte a settimana e per una durata di trenta minuti a sessione. Inoltre i soggetti sono stati incitati ad evitare il trasporto da casa – lavoro con mezzi pubblici ma favorire il moto, quindi utilizzare la bici o fare una bella camminata.</p>	<p>I partecipanti del gruppo combinato (in cui le due tipologie di piani sono stati uniti) hanno avuto maggior successo nella costanza e nei risultati della loro attività fisica. Infatti per quanto riguarda l'utilizzo della cyclette i minuti di attività fisica svolta cambiano in ciascun gruppo: in quello di controllo (piano di coping) risultano 49,37 minuti, nel gruppo dell'action plan 60,37 minuti ed infine nel gruppo combinato ben 93,96 minuti.</p>	<p>In conclusione gli autori affermano che la distinzione teorica delle due tipologie di piani è utile al paziente per avere delle idee chiare su ciò che deve svolgere e degli obiettivi precisi da raggiungere. E quindi dichiarano che la combinazione tra questi due piani è applicabile con successo in un contesto di pazienti con scompenso cardiaco. I limiti di tale studio sono la validità della scala di valutazione dell'attività fisica e la suddivisione in tre gruppi.</p>

Autore, Titolo, Rivista, Anno, Tipo di Studio.	Obiettivi	Popolazione, Materiale e Metodi	Risultati	Conclusioni, Commenti, Limiti dichiarati
<p>Falko F. Sniehotta et al. 'Action planning and coping planning for long – term lifestyle change: Theory and assessment.' European Journal of Social Psychology, 2005, Inghilterra. <u>Tipologia di studio:</u> uno studio sperimentale.</p>	<p>Lo scopo principale di tale studio è quello di applicare un nuovo strumento per la valutazione psicometrica in entrambi i piani (piano d'azione e piano di coping), in un campione di pazienti in riabilitazione dopo la malattia coronarica, e per esaminare l'affidabilità fattoriale e predittiva.</p>	<p>Sono stati reclutati 484 pazienti in riabilitazione dopo una malattia coronarica sono stati reclutati in tre centri di riabilitazione in Germania. L'età media dei pazienti è di 58.5 anni, per un range che va dai 31 anni agli 86anni. Il 79% sono uomini. I pazienti hanno partecipato in maniera anonima ma è stato consegnato loro un codice con il quale dovevano compilare dei questionari. Il primo questionario è stato compilato dopo due settimane dall'inizio della riabilitazione, il secondo follow – up è stato consegnato dopo due mesi e l'ultimo dopo quattro mesi dall'inizio. In 352 partecipanti hanno compilato tutti i questionari. Questi questionari contenevano diverse scale psicometriche, in cui il paziente poteva dare un punteggio da 1 a 4 (completamente in disaccordo 1, in disaccordo 2, in accordo 3, totalmente in accordo 4). Le varie voci analizzavano i comportamenti messi in atto e le intenzioni del paziente. Veniva chiesto che tipo di attività fisica svolgeva, quante volte a settimana e quanto durava una seduta.</p>	<p>Una ripetuta analisi di misurazione delle variabili ha dimostrato un significativo cambiamento nelle intenzioni, nei piani di coping e negli esercizi fisici tra il primo questionario e il follow - up finale. Le intenzioni piano piano diminuivano ma in compenso il piano d'azione e i piani di coping continuavano a dare buoni risultati. Il cambiamento con il piano di coping è stato più radicale che con il piano d'azione. Per esaminare la forza predittiva delle intenzioni e dei piani per modificare l'attività fisica è stato condotto un'analisi gerarchica retrospettiva, è risultata in un primo momento una relazione tra l'attività fisica e l'età del paziente (che contribuisce molto ad un buon esito nella costanza degli esercizi), in un secondo momento invece sono aumentati i comportamenti intenzionali.</p>	<p>Nel presente studio il piano d'azione ha dimostrato un aumento della validità predittiva per i cambiamenti al di là delle intenzioni del paziente, infatti è stato dimostrato in molti studi il ruolo benefico del piano d'azione nel prendere nuovi comportamenti. Il piano d'azione promuove un comportamento attivo nel fare poiché fornisce strumenti e collegamenti agli stimoli situazionali nell'ambiente dell'individuo. Dopo quattro mesi questi nuovi cambiamenti diventano una routine e qui il piano di coping è in grado di proteggere questa routine dalle distrazioni. La forza predittiva del piano di coping quindi sta nella capacità di mantenere questo regime di attività in base al proprio stile di vita, alle difficoltà quotidiane e nel quieto vivere della famiglia, questo piano diventa valido solo al momento della dimissione del paziente.</p>



## CAPITOLO 4

### DISCUSSIONE

*Per quanto concerne l'attività fisica quali traguardi è in grado di raggiungere il paziente grazie al piano d'azione?*

Per quanto riguarda lo stile di vita, ci sono prove che dimostrano l'impegno dei pazienti nell'adottare dei cambiamenti verso un'alimentazione più sana (un aumento del 40%), ad aumentare la loro attività fisica, e soprattutto un elevato numero di pazienti che hanno intenzione di smettere di fumare.<sup>15</sup>

L'affiancamento al paziente di una figura infermieristica di supporto e sostegno, definito l'infermiere case manager, in grado di progettare il piano d'azione ad hoc ha ottenuto buoni risultati per quanto riguarda il livello d'intensità dell'attività fisica (la maggior parte dei pazienti da un livello 'basso' ha raggiunto un livello 'medio – alto' di intensità). Altri dati significativi e in aumento riguardano i giorni dedicati all'attività fisica (da una media di 2.53 a 4.18 giorni) e il tempo dedicato nel praticare movimento (da 19.87 a 32.90 minuti di attività).<sup>15</sup>

Secondo Sniehotta et al. hanno ottenuto un risultato migliore i pazienti partecipanti al gruppo combinato (ovvero che hanno adottato sia un piano d'azione sia un piano di *coping*) nel svolgere più attività fisica, poiché i pazienti dimostravano una maggiore aderenza e costanza grazie sia alla progettazione delle attività sia anche alla capacità di far fronte agli ostacoli e agli imprevisti.<sup>16</sup>

*Il paziente attraverso il piano d'azione è in grado di migliorare il suo stato di salute?*

Degli studi hanno analizzato gli effetti della pianificazione assistenziale personalizzata su vari indicatori clinici della salute del paziente. Secondo Coulter A et al. i risultati migliori si sono ottenuti nei valori dell'emoglobina glicata, della glicemia, della pressione arteriosa, ma non sono state trovate evidenze in favore della riduzione del colesterolo nei paziente affetti da scompenso cardiaco. Marco M et al. sostengono che i risultati, ottenuti grazie alla collaborazione dell'infermiere case manager e la pianificazione di un piano, dimostrano una variazione statisticamente significativa nel Body Mass Index (BMI), nella diminuzione della

pressione sistolica del sangue e del colesterolo totale. Alla fine dello studio tutti i pazienti hanno ridotto i parametri di almeno il 10 – 20% dall'inizio, e questi valori raggiunti sono clinicamente importanti per i pazienti con insufficienza cardiaca.

*Quali benefici può ottenere il paziente per la sua salute mentale?*

Sono stati riportati effetti positivi per la salute mentale dei pazienti che, per far fronte alle problematiche della patologia cronica, hanno utilizzato un piano di assistenza personalizzata. Coulter A et al. infatti affermano che questa tipologia di assistenza ha portato alla riduzione dei sintomi di depressione nei malati. Non è possibile però confermare tale teoria poiché vari studi hanno utilizzato scale di valutazioni diverse, inoltre è stata trovata eterogeneità nei risultati.

*Quale impatto ha il piano d'azione nella vita del paziente?*

L'utilizzo di un piano personalizzato, per la persona presa in carico, sembra aver ottenuto effetti positivi su loro stessi, infatti è risultato che i pazienti si sentono più sicuri della buona riuscita del progetto e di conseguenza aumentano la fiducia in loro stessi e nelle loro capacità.<sup>17</sup> Inoltre un altro indice di miglioramento è visibile nelle competenze ottenute dai pazienti riguardo l'auto – gestione della patologia cronica e l'autoefficacia (intesa appunto come indicatore di una buona auto – gestione).

*I benefici della formulazione di un piano d'azione sono in grado di migliorare la qualità di vita del paziente?*

È emerso da numerosi studi che gli interventi, ottenuti con l'aiuto di un infermiere specializzato in case manager, hanno portato a migliorare la qualità di vita dei pazienti (attraverso dei punteggi significativi del health-related quality of life, MLHFQ, una scala di valutazione per misurare la qualità della vita). Sniehotta et al. hanno esaminato gli effetti del piano d'azione in un breve periodo, fino a due settimane, e hanno riscontrato che la

pianificazione delle azioni è più importante in una fase precedente del cambiamento di comportamento. La formulazione del piano d'azione dà il via all'inizio delle attività perché fornisce gli strumenti necessari e li collega ai segnali situazionali e alle situazioni ambientali che circondano l'individuo. Dopo due e quattro mesi tuttavia, molti di questi piani possono diventare delle vere e proprie routine. In tali circostanze la pianificazione di un piano di *coping* è necessario per proteggere queste routine da distrazioni.

*Questa tipologia di presa in carico del malato è in grado di diminuire gli accessi inutili in ospedale e di conseguenza i costi della sanità?*

Ci sono buone evidenze che dimostrano che gli interventi di case manager riducono i ricoveri legati all'insufficienza cardiaca in ospedale dopo un follow up di sei mesi.<sup>18</sup> I risultati mostrano che il tasso di ricovero ospedaliero è stato ridotto con successo in pazienti con insufficienza cardiaca cronica in cui il trattamento si è basato sull'assistenza pianificata grazie al case manager. Questo traguardo ha sia un valore aggiunto per i pazienti sia un effetto positivo sull'efficienza dei costi dei trattamenti. È diventato chiaro che la partecipazione ad un programma di case manager e la progettazione di un piano potrebbe ridurre il tasso delle riammissioni in ospedale del 10,4%. I ricoveri ospedalieri sono stati ridotti del 17,1% rispetto alle cure di routine.<sup>19</sup>

*Chi è la figura infermieristica che si occupa della progettazione di questo piano?*

La figura infermieristica, che affianca e collabora con il paziente nello svolgere il piano d'azione per raggiungere gli obiettivi prefissati, è denominata l'infermiere *Case Manager* (ICM).

Il case manager è un professionista che gestisce un caso o più casi a lui affidati in un percorso predefinito e in un contesto spazio-temporale definito. L'infermiere case manager nasce come figura negli Stati Uniti d'America negli anni novanta in risposta all'esigenza dei sistemi assicurativi privati e nazionale per homeless con identificazione dei profili di cura oltre i quali le assicurazioni non compensavano le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture

sanitarie; l'infermiere case manager aveva il compito di garantire che le prestazioni effettuate rimassero all'interno di un profilo o percorso clinico-assistenziale standardizzato.<sup>20</sup>

Contestualizzando questi concetti nella diagnosi e cura dell'insufficienza cardiaca, il ruolo dell'ICM corrisponde al professionista che prende in carico il paziente scompensato ancor prima della dimissione dall'U.O. di degenza e segue il malato fino all'exitus, pianificando una assistenza personalizzata e rimodellabile a seconda delle variabili clinico-assistenziali che si modificano con il variare del quadro di salute del paziente.<sup>20</sup>

I ruoli principali che gli sono stati assegnati sono:

1. *Promuovere, elaborare, applicare e valutare i programmi di Educazione Terapeutica*; ovvero ideare, pianificare e realizzare le attività di educazione al paziente, progettare ed organizzare programmi di educazione del paziente integrati nei diversi contesti di cura, assicurare il follow up dei programmi, assicurare la coerenza tra l'educazione terapeutica dei pazienti e le cure e gli interventi dei diversi professionisti sanitari;
2. *Organizza e costruisce strumenti comuni per favorire e facilitare gli interventi*;
3. *Applicare, sperimentare e valutare metodi di apprendimento*;
4. *Costruire documenti pedagogici*;
5. *Formare 'educatori'*;
6. *Sensibilizzare i colleghi, gli studenti e promuovere una attenta politica di educazione del paziente nell'assistenza*;
7. *Promuovere ricerche nel campo dell'educazione terapeutica*;
8. *Pianificare un sistema di valutazione*, identificare criteri e standard necessari per valutare i risultati attesi dell'assistenza ai pazienti, promuovere e realizzare valutazioni da parte del paziente sul programma;
9. *Facilitare la comunicazione e l'integrazione tra i vari membri del team interdisciplinare*.

È, inoltre, indispensabile personalizzare lo schema di assunzione della terapia fornendo, quando necessario, un distributore orario dei farmaci con autonoma settimanale, promuovere una attività fisica controllata e tranquilla, raccomandare il controllo quotidiano dei parametri vitali e del peso corporeo.<sup>20</sup>

# **CAPITOLO 5**

## **CONCLUSIONE**

Questa tesi ha permesso di fare una sintesi di quanto la ricerca ha prodotto negli ultimi dieci anni. Gli studi analizzati non hanno fornito evidenze certe, ma sono emerse una serie di raccomandazioni aggiornate sull'efficacia dell'utilizzo del piano d'azione nella presa in carico del paziente.

Di tutti i benefici che il paziente con scompenso cardiaco può ottenere, quelli sostenuti da prove di primo livello, meta analisi e revisione sistematiche, sono:

- Lieve miglioramento dell'emoglobina glicata (- 0,24%);
- Lieve miglioramento della pressione arteriosa sistolica (-2.64 mmHg);
- I costi di ospedalizzazione annui per paziente sono 222, 22 euro per i pazienti seguiti da un case manager e 683, 88 euro per il gruppo di controllo;
- Il tasso di mortalità nei pazienti con un piano d'azione è del 5,0% rispetto al gruppo di controllo pari al 6,7%;
- In alcuni studi inoltre hanno dimostrato un lieve miglioramento della qualità di vita del paziente seguito da un case manager rispetto alle cure usuali.

Sono state trovate evidenze scientifiche che affermano che affinché questo piano d'azione risulti efficace sia per il paziente stesso, nel trattamento della malattia e nel dover convivere per il resto della vita, sia per la figura dell'infermiere, che ha il compito di affiancare il malato nell'intero progetto, è necessario che questo piano sia svolto nel giusto ordine di sviluppo, e che sia completato fino la fine.

Elemento fondamentale è il rapporto tra paziente ed infermiere e la collaborazione che viene a crearsi, configurando così il piano d'azione come 'contratto assistenziale'.

Infine è emerso utile l'utilizzo, assieme al piano d'azione, una strategia di coping per dare la possibilità al malato di non perdere i progressi fatti ed essere in grado di mantenere costante la determinazione nello svolgere il piano d'azione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute.
2. Zanolli L, Zardini P. *Ambulatori dedicati e interazione con la Medicina di base nell'approccio al paziente con scompenso cardiaco*. La Cardiologia nella Pratica Clinica 2002.
3. Servizio Sanitario della Toscana *percorso assistenziale per la gestione dello Scompenso Cardiaco*, 2012.
4. Centro per la Diagnosi e la Cura dell'Insufficienza Cardiaca, Policlinico S, Orsola – Malpighi di Bologna, *L'infermiere* n° 6/2008.
5. Linee Guida European Society of Cardiology 2012, *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute or chronic heart failure*.
6. Raffaele Antonelli Incalzi, *Medicina Interna per scienze infermieristiche*, Piccin 2012,
7. Jenny H. et al, 'Experience of care planning in England: interviews with patients with long term conditions' Biomed central 2012.
8. KM
9. Chad B et al, 'Improving Chronic Care: The Guided Care Model' The Permanente Journal 2008
10. BCM
11. Falko F. Sniehotta et al, 'Action planning and coping planning for long – term lifestyle change: Theory and assessment.' European Journal of Social Psychology, 2005.
12. The Regents of the University of California, Created by UCSF Center for Excellence in Primary Care.
13. Take Action project at the Galveston County Health District in Texas City
14. Marco Matteo C et al, 'Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patient with heart failure an diabetes. (Project Leonardo)', 2010.
15. Falko F. Sniehiota et al, 'Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation' The British Psychological Society 2006.
16. Coulter A et al, "Personalised care planning for adults with chronic or long-term conditions (Review)", The Cochrane Collaboration, 2015.

17. Takeda A. et al, 'Clinical service organisation for heart failure (Review)', Crochane Library 2012.
18. Verena H et al, 'Case Management Program for Patients With Chronic Heart Failure', Deutsches Arzteblatt International 2014
19. Acm

# ALLEGATI

## Allegato 1

Stringhe di ricerca	N° articoli	N° articoli esclusi	N° articoli inclusi
Pubmed – Stringa1 ((action plan) AND elderly patient) AND chronic disease	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 41 articoli esclusi alla lettura del titolo perché non rispettavano i criteri d'inclusione;</li> <li>▪ 22 articoli esclusi perché non pertinenti al tema di ricerca;</li> <li>▪ 1 articolo escluso perché fuori tema.</li> </ul>	2
Pubmed – Stringa2 ((case manager) AND action plan) AND chronic disease	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 articoli esclusi alla lettura del titolo perché non rispettavano i criteri d'inclusione;</li> <li>▪ 1 articolo escluso perché non pertinente al tema.</li> </ul>	0
Pubmed – Stringa3 ((chronic heart failure) AND life care planning) AND quality of life	59	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 49 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 10 articoli esclusi perché non pertinenti al tema di ricerca</li> </ul>	0
Pubmed – Stringa4 ((self care[Mesh]) AND quality of life[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	135	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 91 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 11 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> <li>▪ 32 articoli esclusi perché affrontavano patologie estranee allo scompenso cardiaco</li> </ul>	1
Pubmed – Stringa5 ((action plan) AND quality of life[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 articolo escluso perché non pertinente al tema</li> <li>▪ 1 articolo escluso perché non è stato possibile visionare il testo completo</li> </ul>	0

Pubmed-Stringa 6 ((self care[Mesh]) AND heart failure[Mesh]) AND action plan	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 articoli esclusi perché trattavano altre patologie</li> <li>▪ 1 articolo escluso perché non pertinente al tema</li> </ul>	1
---	---	--	---

## Allegato 2

Stringhe di ricerca	N° articoli	N° articoli esclusi	N° articoli inclusi
Pubmed-Stringa 7 (heart failure[Mesh]) AND action plan) AND primary care[Mesh]	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 articolo escluso perché non rispettava i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 2 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	0
Pubmed-Stringa 8 (personal action plan) AND heart failure[Mesh]	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> </ul>	0
Pubmed-Stringa 9 (heart failure[Mesh]) AND advance care planning[Mesh]	76	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 56 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 20 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	0
Pubmed-Stringa 10 (patient care planning[Mesh]) AND heart failure[Mesh]	497	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 445 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 47 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> <li>▪ 1 articolo escluso perché poco pertinente al tema</li> </ul>	3
Pubmed-Stringa 11 ("patient care planning") AND heart failure[Mesh]	194	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 184 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 10 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	0
Cochrane Library- Stringa 12 Action plan AND heart failure	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> </ul>	1

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 articolo escluso perché non pertinenti al tema</li> </ul>	
<p>Cochrane Library-Stringa 13 183 articoli Care planning AND heart failure</p>	183	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 177 esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 4 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	2
<p>CINAHL-Stringa 14 Action plan AND heart failure</p>	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 5 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	0
<p>CINAHL-Stringa 15 Action plan AND cronich disease</p>	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 57 articoli esclusi perché non rispettavano i criteri d'inclusione</li> <li>▪ 3 articoli esclusi perché non pertinenti al tema</li> </ul>	0

## **Allegato 16**