

Gli interventi educativi efficaci nella promozione del self-care nelle persone con scompenso cardiaco: una revisione della letteratura

The effective educational interventions in the promotion of self-care in people with heart failure: a literature review

Sara Alberti¹

Silvia Rossini²

1 LLauraata in Infermieristica presso l'Università degli studi di Brescia.
Infermiera presso l'Istituto clinico Humanitas Gavazzeni di Bergamo.

2 Coordinatore didattico, Corso di Laurea in Infermieristica sede di Brescia.
PhD Student, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Corresponding Author:
Sara Alberti
Mobile.+39 342 1279812
E-mail: saraal@live.it

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: Il self-care nelle persone con scompenso cardiaco è oggetto di studio di recenti teorie infermieristiche a medio e breve raggio e la sua promozione è oggi riconosciuta quale esito sensibile dell'assistenza infermieristica, realizzabile attraverso diverse strategie tra le quali l'educazione.

SCOPO: Identificare gli interventi educativi che risultano efficaci nella promozione del self-care in adulti e anziani con scompenso cardiaco, valutando metodi e strumenti educativi utilizzati e l'efficacia a medio-lungo termine degli stessi.

METODO: È stata condotta una revisione della letteratura partendo da studi secondari consultando Cochrane Library e proseguendo con la ricerca dei più recenti studi primari anche nelle banche dati scientifiche: Pubmed, Cinhal, Scopus, PsycINFO.

RISULTATI: L'incontro informativo, metodo focalizzato sull'apprendimento di tipo cognitivo, è il più utilizzato e ha mostrato una buona ed eterogenea efficacia nella promozione del self-care. I risultati staticamente migliori si sono ottenuti dall'integrazione di questo metodo con l'addestramento e il counselling afferenti rispettivamente all'area di apprendimento psicomotoria e psico-affettiva. A supporto degli interventi etero-diretti risultano utili strumenti di tipo informativo, di automonitoraggio e facilitanti. L'educazione risulta efficace nella promozione del self-care fino a 12 mesi.

CONCLUSIONI: Dalla letteratura selezionata si evince che non esiste un metodo o uno strumento educativo migliore, inoltre un singolo intervento non è sufficiente a promuovere il self-care. È necessario pensare all'educazione come a un processo continuo e dinamico che preveda sessioni multiple che stimolino la partecipazione dell'assistito, trasformando l'incontro in tempo di discussione in cui ogni informazione fornita sia utile a rispondere a situazioni specifiche, vissute, in attività e relazione.

PAROLE CHIAVE: self-care, educazione al paziente, scompenso cardiaco.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Self-care in people with heart failure is subject of recent middle-range and short-range nursing theories and its promotion is recognized as a sensitive nursing outcome, achievable through various strategies including education.

PURPOSE: To identify educational interventions that are effective in the promotion of self-care in adults and elderly people with heart failure, evaluating educational methods and tools used and their effectiveness in the medium-long term period.

METHOD: We conducted a literature review, beginning with a search of secondary studies consulting Cochrane Library and than searching for the most recent primary studies in these scientific databases: PubMed, CINAHL, Scopus, and PsycINFO.

RESULTS: The information meeting, focused on cognitive learning method, is the most frequently used and it shows a good and heterogeneous effectiveness in the promotion of self-care. The best statically significant results were obtained from the integration of this method with patients' training and counseling, relating respectively to the psycho-motor and psycho-affective learning. In support of the hetero-directed interventions were useful informational tools, self-monitoring tools and facilitating tools. The education was effective in promoting self-care until 12 months in most of the studies.

CONCLUSIONS: The selected literature shows that is difficult to identify the best method or educational tool and that a single intervention is often not enough to promote self-care. Healthcare providers need to think about education as a continuous and dynamic process that includes multiple sessions and encourages the participation of the patient, turning the meeting into a discussion time where any provided is useful to answer to specific situations through activities and relationships.

KEY WORDS: Self-care, Patient education, Heart failure.

INTRODUZIONE

Il self-care (in italiano, autocura o cura del sé) nell'attuale contesto socio-sanitario è riconosciuto quale strategia di prevenzione delle malattie croniche da incentivare attraverso una pratica basata sulle evidenze scientifiche (WHO, 2013) e risorsa indispensabile per ridurre l'impatto delle stesse sulla spesa sanitaria (Alvaro et al., 2015).

Il self-care è oggetto di studio di una teoria infermieristica a breve raggio: "La teoria situazionale-specifica del self-care nella scompenso cardiaco" (Riegel et al, 2008) sviluppata partendo dalla pratica assistenziale clinica rivolta agli adulti con scompenso cardiaco e recentemente revisionata (Riegel et al., 2016). In quest'ultima il self-care è definito come un processo decisionale naturalistico (basato sull'esperienza) che influenza le scelte delle azioni; esso è costituito da 3 elementi chiave: il "self-care maintenance", determinante i comportamenti attuati dalla persona con malattia cronica per mantenere la stabilità fisiologica, il processo di percezione dei sintomi e il "self-care management", rappresentante la scelta delle azioni messe in atto in risposta ai segni e sintomi manifesti. Tutto il processo è influenzato dalla self-confidence ovvero la capacità auto-percepita di presa di decisioni, e da fattori situazionali specifici e unici e quindi non sempre realizzato in modo razionale, riflettuto e finalizzato. Tuttavia, ciò non esclude la possibilità che tale capacità possa essere appresa e migliorata nel tempo permettendo al soggetto di attuare una efficace autogestione della malattia (Riegel et al., 2016).

In Italia sono circa 3 milioni le persone con scompenso cardiaco, patologia cronica risultante da una disfunzione cardiaca nel riempimento o eiezione ventricolare di sangue (Cartabellotta et al., 2015), e nel primo recente studio italiano sul self-care risulta che solo il 14,5% degli adulti e anziani affetti ha un adeguato self-care maintenance e il 24,4% un adeguato self-care management (Cocchieri et al., 2015).

La promozione del self-care è una pratica raccomandata dalle più recenti linee guida (Yancy et al., 2013; Lainscak et al., 2011) che si è dimostrata efficace nel raggiungimento di obiettivi di gestione della malattia sia clinici che patient-centred (Ditewig, 2010) e oggi riconosciuta come esito sensibile dell'assistenza infermieristica (Doran, 2013). Essa è realizzabile attraverso diverse strategie tra le quali l'educazione ma non sempre è chiaro quale sia la reale efficacia degli interventi e quale tra questi sia da privilegiare (Lainscak et al., 2011). La professione infermieristica è oggi chiamata a portare a completo sviluppo l'approccio educativo anche attraverso la ricerca speci-

fica di soluzioni assistenziali in cui i metodi educativi vengono definiti e i risultati misurati (Ferraresi et. al, 2004); studi che testino l'efficacia dei diversi tipi di approccio educativo nella promozione del self-care sono necessari (Riegel et al., 2012).

La presente revisione è stata effettuata con l'obiettivo di ricercare gli interventi educativi efficaci nella promozione del self-care negli adulti e anziano con scompenso cardiaco. I quesiti che hanno guidato la ricerca sono: quali metodi educativi risultano efficaci nella promozione del self-care nelle persone affette da scompenso cardiaco? Quali strumenti sono utili nell'acquisizione delle capacità e nell'aderenza ai comportamenti di auto-cura? I cambiamenti auspicati hanno le caratteristiche per essere duraturi e stabili?

METODO

È stata condotta una revisione della letteratura primaria e secondaria attraverso la consultazione di banche dati scientifiche. Inizialmente è stata effettuata una ricerca di revisioni sistematiche consultando la banca dati Cochrane Library per escludere che sia già stata condotta la stessa revisione e avere un compendio delle ricerche sul tema di interesse effettuate precedentemente utili all'approfondimento e all'analisi critica. Per la ricerca degli studi primari sono state consultate in aggiunta a Cochrane Library, le seguenti banche dati: Pubmed/Medline, Cinhal, Scopus, PsycINFO. È stata utilizzata una strategia di crescente complessità in modo da bilanciare sensibilità e specificità, cominciando con una ricerca iniziale che utilizza termini indicizzati nel tesoro della banca dati (termini MeSH) afferenti all'area del Self-Care, Patient Education e Heart Failure uniti, tramite l'operatore booleano OR, con i corrispondenti "Synonyms" o "Entry terms" forniti dalla stessa banca dati e termini liberi, allargando così la ricerca; i termini afferenti alle tre aree sono stati uniti con l'operatore booleano AND. In Scopus, la ricerca è stata effettuata solo tramite termini liberi, non essendovi alcun Thesaurus. Gli articoli reperiti sono stati importati in Mendeley, un software che ha consentito la raccolta, gestione e comparazione (ricerca di duplicati) degli studi ricercati. Dopo aver eliminato i duplicati è stata fatta una selezione degli studi attraverso la lettura del titolo seguito da abstract e/o full text secondo criteri di inclusione ed esclusione prestabiliti. La strategia di ricerca con gli articoli individuati e selezionati è riportata in Figura 1. Sono stati selezionati studi pubblicati solo negli ultimi cinque anni, inoltre non sono state utilizzate altre fonti oltre alle banche dati per cui la ricerca non risulta esaustiva ed è esposta a bias di pubblicazione.

RISULTATI

29 articoli pubblicati tra il 2011 e 2016 sono stati inclusi tra cui 5 revisioni sistematiche e 24 studi primari i cui risultati sono stati raccolti e sintetizzati in Tabella 1.

Analisi delle revisioni sistematiche.

Gli studi secondari analizzati sono revisioni sistematiche che includono da 7 a 23 studi pubblicati tra il 1990 e il 2013.

La letteratura esaminata evidenzia che l'intervento educativo più diffuso è il colloquio informativo individuale condotto da un infermiere; 12 dei 19 studi inclusi nella revisione di Boyde et al. (2011) valutano questo tipo di intervento e in tutti gli studi esso risulta efficace nell'aumentare il livello di conoscenza; la promozione del self-care risulta invece un outcome misurato solo in 6 degli studi inclusi con risultati scarsi e inconsistenti.

Inoltre la conoscenza della malattia e del suo trattamento non necessariamente corrisponde ad alti livelli di self-care, infatti dagli studi revisionati da Stamp et al. (2011) risulta che il 54% delle persone con scompenso cardiaco riacutizzato con alti livelli di conoscenza non attuano correttamente comportamenti di self-care.

La capacità di autogestione della malattia può migliorare in modo significativo attraverso l'adozione di programmi educativi strutturati multidisciplinari centrati sul paziente (Casimir et al, 2014), l'implementazione degli interventi educativi con strategie cognitive-comportamentali quali il counselling (Barnason et al., 2012), l'utilizzo di strumenti didattici di supporto (Boyde et. al, 2011) e l'attuazione di interventi di follow-up, quali visite domiciliari e colloqui telefonici, per almeno 1 o 2 anni (Stamp, 2011). Tuttavia i risultati delle revisioni sistematiche analizzate includono studi caratterizzati da una molteplicità di outcomes misurati, dalla prevalente mancanza di indicatori di risultato e strumenti di valutazione del self-care specifici e di una chiara e specifica definizione delle metodologie e degli strumenti educativi in grado di promuovere le capacità di self-maintenance, percezione dei sintomi e self-management e quindi non esaustivi a rispondere al quesito di ricerca prestabilito.

Caratteristiche generali degli studi primari.

La Tabella 1 sintetizza le principali caratteristiche dei singoli studi primari. Sono stati inclusi 16 trial randomizzati e controllati (RCT) di cui 7 multicentrici, 1 follow-up di RCT e 7 studi quasi-sperimentali (privi di randomizzazione e/o gruppo di controllo).

Metodi educativi efficaci nella promozione del self-care nei pazienti con scompenso cardiaco.

Dall'analisi della letteratura primaria risulta che gli interventi educativi descritti nella letteratura sono

diversi come pure la loro combinazione, spesso anche gli strumenti didattici differiscono.

I metodi educativi si possono basare su incontri individuali o di gruppo e possono essere di tipo informativo/educativo, interattivo, di addestramento e motivazionali.

Gli incontri educativi individuali sono i più utilizzati, 19 degli studi inclusi valutano questo tipo di intervento. L'incontro di tipo informativo/educativo, focalizzato sull'apprendimento cognitivo, risulta efficace nella promozione del self-care quando rivolto al paziente e al suo caregiver sia come singolo incontro, attuato in fase di dimissione, sia se associato a colloqui telefonici o a una visita domiciliare di follow-up con incrementi significativi dei self-care scores rispetto all'assenza dell'intervento ($p < 0,001$) (Deek et al., 2015; Koberich et al., 2014; Mussi et al., 2013). Differenze pre- e post-intervento staticamente significative risultano anche quando esso viene ripetuto in 4/6 sessioni di colloqui ambulatoriali (González et al., 2014) o visite domiciliari (Sebern e Woda, 2012).

Tuttavia la sua efficacia risulta eterogenea rispetto alle singole dimensioni e comportamenti di self-care: lo studio osservazionale di González et al. (2014) evidenzia miglioramenti non significativi staticamente in due comportamenti afferenti alla dimensione del self-maintenance quali l'aderenza alla terapia ($p = 0,353$) e la restrizione del sale nella dieta ($p = 0,507$).

I metodi educativi di auto-apprendimento prevedono la presentazione e consegna di strumenti attraverso i quali i pazienti apprendono in modo autonomo, Howie-Esquivel et al. (2014) in un RCT dimostrano che la consegna di strumenti educativi di auto-apprendimento risulta efficace tanto quanto il colloquio educativo condotti con metodi di insegnamento interattivo nell'acquisizione delle capacità di self-maintenance (Scores: 78,6 vs 86,1) ma non di self-management (Scores: 74,2 vs 99,4), nello studio di Cockayne et al. (2014) non risultano differenze significative tra i 2 interventi.

Il counselling o colloquio motivazionale da solo o integrato con altri tipi di intervento risulta efficace soprattutto nella promozione del self-confidence, fattore mediatore e moderatore del self-care, con incrementi dei punteggi nella scala del self-confidence in SCHFI (Self Care Heart Failure Index) staticamente significativi in 2 dei 3 gli studi che lo includono (Bryant et al., 2014; Clark et al., 2015;) e maggiori rispetto a quelli ottenuti nelle scale del self-care maintenance e management: Scores maintenance 5.7 (16), $p < 0.001$; management 4.9 (4), $p < 0.01$; confidence 6.9 (17), $p < 0.001$. (Bryant et al., 2014).

L'addestramento associato all'incontro informativo/educativo risulta efficace nell'acquisizione delle capacità e nell'aderenza ai comportamenti di automoni-

toraggio, percezione e trattamento dei sintomi nei pazienti con bassa health literacy (Dickson et al., 2016; Holmes et al., 2011); punteggi migliori sono stati ottenuti nei pazienti non depressi rispetto ai depressi (Self-Care Behavior Scores:

21.93 ± 2.34 vs 12.10 ± 3.70 , $p < 0.0001$) (Navidian et al., 2015), nei pazienti con decadimento cognitivo tale metodo non ha mostrato esiti positivi (Davis et al., 2012).

I metodi educativi di gruppo sono poco studiati, ma i risultati mostrano che l'addestramento e il role-playing attuato in piccoli gruppi di pazienti (da 4-8 partecipanti) è più efficace nella promozione del self-care rispetto al singolo incontro informativo individuale: SCHFI self-care maintenance 80,6(9) vs 64,5(16), $p = 0,04$; SCHFI self-care maintenance 66,8(18) vs 49,4 (21), $p = 0,02$ (Dickson et al., 2014). Nei gruppi i metodi interattivi sono più efficaci rispetto alla lezione tradizionale con differenze staticamente significative a 6 e 12 mesi nelle capacità di percezione dei sintomi ma non nella gestione e controllo degli stessi (Meng et al., 2016) e se associati ad incontri individualizzati (Rodríguez-Gázquez et al., 2012).

I risultati staticamente migliori si sono ottenuti dall'integrazione dell'incontro informativo/educativo e consegna del materiale didattico con l'addestramento e il counselling, metodologie educative riferite rispettivamente al campo delle abilità psico-motorie e psico-affettive. In particolare tale tipo di intervento è risultato staticamente migliore rispetto a nessun intervento (Yu et al., 2015) e al singolo incontro informativo (Self-care Behavior Scores: 1.8 vs 2.2, $p < 0,001$) (Baker et al., 2011); anche quando questo è associato, nella popolazione anziana, a colloqui telefonici (Shao et al., 2013) o ai metodi di auto-apprendimento (Clark et al., 2015).

Gli strumenti educativi utili nell'acquisizione delle capacità e nell'aderenza ai comportamenti di auto-cura.

La promozione del self-care nei pazienti con scompenso cardiaco si avvale di strumenti educativi a supporto di interventi etero-diretti al fine di promuovere l'auto-apprendimento. Essi si possono distinguere in strumenti informativi, di automonitoraggio e facilitanti (Deek et al., 2015).

Gli strumenti informativi sono utilizzati per trasmettere informazioni sulla malattia e la sua gestione in un gruppo eterogeneo di pazienti, e possono presentarsi in forma cartacea e/o multimediale e con un grado di interattività variabile (Cockaine et al., 2014). Dallo studio osservazionale di Boyde et al. (2013) risulta che l'89,5% e il 78,8% dei pazienti inclusi nello studio hanno raggiunto rispettivamente un adeguato livello di self-management e self-maintenance con la semplice presentazione e consegna

di strumenti cartacei associati a DVD interattivi che includono dimostrazioni e riferimenti a situazioni reali. Si è altresì evidenziato che l'aggiunta di strumenti informativi multimediali non interattivi non produce differenze staticamente significative rispetto al solo utilizzo di opuscoli cartacei nell'adozione dei comportamenti di self-care ($p \geq 0,05$) (Veroff et al., 2012). Inoltre supporti educativi semplificati con illustrazioni grafiche si sono dimostrati efficaci nei pazienti appartenenti a minoranze etniche e con bassa health literacy determinando incrementi significativi dei punteggi secondo SCHFI sia nel self-maintenance [$t(14)$, 2.82, $p = .013$] sia nel self-management [$t(10)$, 2.28, $p = .046$] (Dickson et al., 2016).

Gli strumenti di automonitoraggio dei principali indicatori di controllo della malattia sono stati integrati nei programmi educativi in 10 studi e sono risultati particolarmente utili nella fase di percezione e controllo della malattia. Tra questi i più utilizzati sono le scale di monitoraggio del peso corporeo e le schede di registrazione dei segni e sintomi della malattia.

Tra gli strumenti elaborati per facilitare l'attuazione dei comportamenti di self-care sono stati reperiti: schede di registrazione del sale e dei liquidi assunti con la dieta (Rodríguez-Gázquez et al., 2012; Shao et al., 2013), calibratori per la gestione dell'introito di liquidi (Davis et al., 2012; Deek et al., 2015) e contenitori per farmaci o porta-pillole per una corretta assunzione della terapia (Deek et al., 2015).

L'efficacia a medio e lungo-termine degli interventi educativi.

Dall'analisi dei risultati di 8 studi si evince che i programmi educativi che prevedono sessioni educative multiple e/o interventi di follow-up hanno maggiore efficacia a medio e lungo-termine rispetto al singolo intervento educativo, mostrando esiti migliori in termini di promozione del self-care a 3 mesi (Bryant et al., 2014; Dilles et al., 2011; Howie-Esquivel et al., 2014), 7 mesi (Rodríguez-Gázquez et al., 2012) e 12 mesi (Gonzalez et al., 2014; Koberich et al., 2014).

Lo studio condotto da Otsu e Moriyam (2011), che prevede l'attuazione di un programma educativo costituito da 6 colloqui informativi e motivazionali mensili associati a strumenti di automonitoraggio, ha mostrato miglioramenti significativi nella compliance ai comportamenti di self-care management a 12 e 24 mesi, sebbene i self-care scores risultino in calo a 24 mesi (89,4% del gruppo di intervento risulta compliant a 12 mesi vs 87,8% a 24 mesi) (Otsu e Moriyam, 2012).

Due studi hanno evidenziato che i programmi educativi che prevedono più incontri informativi sono più efficaci rispetto al singolo intervento solo al primo mese dall'inizio del programma (Holmes et al., 2011) anche se associati a colloqui telefonici di follow-up (Mussi et al., 2013).

Autore, anno di pubblicazione. Sede di studio	Disegno di studio	Campione	Scopo	Intervento educativo Metodologia educativa Strumenti didattici Setting, Intensità/Durata	Self-care outcomes, Modalità/strumento di valutazione	Risultati
2. Boyde et al., 2012 Australia	Studio quasi-sperimentale	N=38 Pazienti con scompenso cardiaco cronico a domicilio. Età compresa tra i 64 e i 75 anni.	Valutare l'efficacia di un intervento educativo che integra l'uso di strumenti didattici cartacei e multimediali interattivi.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • Metodologia di autoapprendimento con sessione iniziale di presentazione, utilizzo e consegna del materiale didattico. • Manuale cartaceo di self-care e DVD interattivo. • Struttura sanitaria e domicilio. Gruppo sperimentale (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Counselling. • Scale di monitoraggio del PC e calendario delle attività di self-care. • Domicilio. • 1 visita domiciliare iniziale di 1-1½ h seguita da 5 incontri educativi di circa 40 min in 3 mesi. 	Strumento di autovalutazione quantitativo: Self-Care Heart Failure Index (SCHFI) versione (v) 6.2 somministrata pre-intervento e a 8 settimane post-intervento.	A 8 settimane sono state rilevati incrementi staticamente significativi in tutte le componenti del self-care, soprattutto nel self-care management: l'89,5% e il 78,8% dei pazienti ha raggiunto rispettivamente un self-care maintenance e management adeguato.
3. Bryant et al., 2014 USA	Studio quasi-sperimentale	N=28 Pazienti con scompenso cardiaco cronico assistiti a domicilio. Età: ≥ 65	Valutare come i programmi educativi di self-care influiscono sulle capacità di self-care nei pazienti con scompenso cardiaco cronico.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • Metodi educativi integrati: informazione, counselling ed esercitazioni con colloqui di follow-up. • Notebook informativo. • Domicilio. • Incontri di 1-1½ h ogni 10-14 giorni per 3 mesi seguiti da contatti telefonici di 5-15 min o via e-mail ogni 3-4 settimane per 3 mesi. • Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Consegna medesimo materiale informativo. 	Strumento di autovalutazione quantitativo: SCHFI v.6.2 somministrata prima e a 3 mesi dall'inizio del programma educativo	Sviluppi staticamente significativi sono stati riscontrati in tutte le dimensioni del self-care, ma soprattutto nel self-confidence. Il self-confidence score è maggiore rispetto a quelli ottenuti nelle scale del self-care maintenance e management: Scores maintenance 5.7 (16), p<0.001; management 4.9 (4), p < 0.01; confidence 6.9 (17), p < 0.001.
4. Clark et al., 2015 USA	RCT	N=55 Pazienti con scompenso cardiaco cronico (NYHA I-III) assistiti a domicilio. Età: ≥45	Valutare gli effetti di interventi domiciliari di supporto educativo sullo stato di salute e il self-care del paziente con scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • Metodi educativi integrati: informazione, counselling ed esercitazioni con colloqui di follow-up. • Notebook informativo. • Domicilio. • Incontri di 1-1½ h ogni 10-14 giorni per 3 mesi seguiti da contatti telefonici di 5-15 min o via e-mail ogni 3-4 settimane per 3 mesi. • Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Consegna medesimo materiale informativo. 	Strumento di autovalutazione quantitativo: SCHFI v.4 somministrata prima dell'intervento e a 3°, 6°, 9° mese dal primo incontro.	Miglioramenti progressivi nel self-maintenance e confidence con incrementi di punteggio maggiori per IG ma con differenze staticamente significative per IG solo nella self-facta (p<0.001). Una valutazione parziale è mancata riscontro di sintomi nella maggior parte dei pazienti; dall'analisi dei dati di questa scala risulta comunque un incremento delle capacità maggiore nel IG rispetto al CG.
5. Cockayne et al., 2014 Inghilterra	RCT multicentrico	N=260 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-IV) in dimissione a seguito di episodi di riacutizzazione in 7 centri ospedalieri. Età: 70.60 (±11.49)	Valutare gli effetti di un piano educativo strutturato, erogato da infermieri sul tasso di riospitalizzazioni, sulla qualità di vita e sul self-care.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • Colloquio educativo faccia a faccia interattivo individualizzato. • Manuale informativo di self-management, DVD interattivi e diario di monitoraggio dei segni e sintomi. • 6 colloqui in 12 mesi ad intervalli di tempo variabili. • Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Consegna medesimi strumenti educativi. 	scala di autovalutazione quantitativa: European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFSCBS) somministrata prima e al 3°, 6°, 12° mese dal primo colloquio educativo.	Miglioramenti nel self-care in entrambi i gruppi senza differenze significative (p = 0.340).
6. Davis et al., 2012 USA	RCT	N=125 Pazienti ospedalizzati con scompenso cardiaco e decedimento cognitivo (MCI). Età: ≥22	Valutare gli effetti dell'educazione al self-care in pazienti con decadimento cognitivo e scompenso cardiaco sulla conoscenza della malattia, i comportamenti di self-care e il tasso di riospitalizzazione.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • sessioni individualizzate e interattive che integrano vari metodi di lavoro attivo e colloquio di follow-up. • Videoregistrazioni, schede di monitoraggio del PC e dei segni e sintomi realizzate dal paziente, contenitori per il controllo dei liquidi assunti, box farmaci. • Ospedale. • Interventi erogati nei giorni che precedono la dimissione seguiti da un colloquio telefonico a 24-72 h dalla dimissione. • Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Incontro informativo standardizzato unidirezionale. • Opuscolo informativo 	Strumento di autovalutazione quantitativo: SCHFI v.6.2 somministrata prima dell'intervento e a 30 giorni dalla dimissione	Piccoli miglioramenti non staticamente significativi in tutte le dimensioni del self-care nell'IG con scarsi risultati nel raggiungimento di punteggi indicativi di un adeguato self-care definito da un punteggio ≤ 70 in tutte le sottoscale di SCHFI.
7. Deek et al., 2015 Libano	RCT multicentrico	N=256 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA II-III) ammessi in 3 ospedali libanesi. Età: 67 (±8)	Valutare l'efficacia dell'approccio educativo centrato sulla famiglia nella gestione dello scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> • Incontro info/edu rivolto al paziente e ai caregivers familiari. • Bottiglia calibrata per il controllo dell'introito di liquidi, box farmaci, diario con contenuti informativi e spazi per il monitoraggio dei sintomi. • Ospedale. • 1 incontro di 30-60 minuti alla dimissione. • Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> • Consegna materiale medesimo materiale informativo 	Strumento di autovalutazione quantitativo: SCHFI v.6.2 somministrata prima dell'intervento e 30 giorni dopo la dimissione.	Miglioramenti in tutte le componenti del self-care in entrambi i gruppi con punteggi significativamente più alti nel IG nell'ambito del self-care maintenance/scores 67(SD=14) vs 58 (SD=19)] e del self-confidence [64 (SD=20) vs. 55 (SD=22)] (p=0.002).

Autore, anno di pubblicazione. Sede di studio	Disegno di studio	Campione	Scopo	Intervento educativo Metodologia educativa, Strumenti didattici, Setting, Intensità/Durata	Self-care outcomes, Modalità/strumento di valutazione	Risultati
8. Dickin-son, et al., 2014 USA	RCT	N=75 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-III) provenienti da strutture ospedaliere e residenziali appartenenti a minoranze etniche e con basso status socio-economico Età: 69.9 (±10)	Valutare l'efficacia di interventi di sviluppo delle abilità di self-care nei pazienti con scompenso cardiaco appartenenti a minoranze etniche e con basso status socio-economico	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Metodi educativi di gruppo: role-playing e addestramento. Strutture residenziali. Incontri di gruppo da 4-8 partecipanti di 60 min, 2 volte a settimana per 4 settimane. Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> Incontro informativo individuale. 	scala di autovalutazione quantitativa, SCHFI v.6.2 somministrata prima e a 1 e 3 mesi dal primo incontro di gruppo.	Miglioramenti nel self-care maintenance in entrambi i gruppi con differenze staticamente significative a favore dell'IG (p = 0.041). Risultati di miglioramento significativi nel self-care management solo per IG: scores iniziali 43(SD=21) vs scores a 3 mesi 66.8 (SD=18), p=0.002
9. Dickin-son et al., 2016 USA	Studio quasi-sperimentale	N=21 Pazienti con scompenso cardiaco di etnie diverse e con bassi livelli di health literacy con episodi di ricattizzazione negli ultimi 6 mesi selezionati da una clinica urbana. Età: 53 (±10)	Valutare l'efficacia di sem-plici supporti educativi privi di contenuto verbale nella promozione del self-care nei pazienti con scompenso cardiaco appartenenti a etnie diverse e con bassi livelli di health literacy.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> incontri educativi individuali che integrano l'informazione e metodi di sviluppo delle abilità psico-motorie. Materiale con illustrazioni grafiche, privo di contenuti verbali. 3 incontri di 1 h per circa 1 mese. 	scala di autovalutazione quantitativa, SCHFI v.6.2 somministrata prima dell'intervento e all'ultimo incontro.	Sviluppi significativi nel self-care maintenance (t(14), 2.82, p=.013) e self-care management (t(10), 2.28, p=0.046), in particolare nei confronti di monitoraggio del PC e degli edemi, nel riconoscimento dei sintomi associati alla malattia e la valutazione del trattamento degli stessi (p<0.01).
10. Dilles et al., 2011. Belgio	Studio quasi-sperimentale	N=37 Pazienti ammessi nell'unità operativa ospedaliera di cardiologia con scompenso cardiaco (NYHA I-IV). Età: 72.84 (±10.82)	Valutare l'efficacia di metodi di auto-apprendimento multimediali in aggiunta ai supporti cartacei e all'informazione orale.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Incontro informativo individuale combinato con metodo di auto-apprendimento con programma multimediale. Supporti informativi cartacei e multimediali (computer). Ospedale Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> Istruzione orale Medesimi supporti cartacei 	scala di autovalutazione quantitativa, EHFSCTS somministrata prima dell'intervento, alla dimissione e dopo 3 mesi	Progressivo miglioramento nella capacità e attuazione dei comportamenti di self-care in entrambi i gruppi con punteggi massimi a 3 mesi dall'intervento (p<0.0001), non riscontrate differenze significative nei due gruppi.
11. Gon-zales et al., 2014 Spagna	Studio quasi-sperimentale	N=511 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-IV) selezionati alla prima visita ambulatoriale con livelli di scolarità sconosciuti. Età compresa tra i 57 e i 75 anni.	Valutare il livello di self-care prima e dopo l'intervento educativo e comparare i risultati in base al livello di scolarità dei pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Colloquio educativo faccia a faccia rivolto ai pazienti e al loro caregivers Opuscolo informativo, registro per il monitoraggio del PC e della pressione arteriosa e video. Ambulatorio 6 colloqui di 20-30 minuti in 12 mesi. 	Scala di autovalutazione quantitativa, EHFSCTS somministrata prima dell'intervento e a conclusione di ogni colloquio.	Indipendentemente dal livello educativo di partenza i partecipanti allo studio hanno mostrato miglioramenti significativi nel self-care ad eccezione dei comportamenti di restrizione del sale nella dieta (p= 0.507) e aderenza alla terapia(p= 0.353). Pazienti con livelli di scolarità maggiori hanno mostrato una maggiore aderenza ai comportamenti di monitoraggio
12. Hol-mes et al.,2011 USA	RCT multicentrico	N=605 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-IV), sintomatici negli ultimi sei mesi con ridotta capacità di health literacy Età: 61.1 (±13.8)	Valutare gli effetti di un programma educativo che include più incontri educativi rispetto ad un singolo colloquio nella promozione del self-care nei pazienti con bassi livelli di health literacy.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Incontro informativo e addestramento seguito da colloqui educativi di rinforzo. 1 incontro di circa 40 minuti seguito da chiamate telefoniche con frequenza e durata variabile in base al singolo paziente, mediamente 14 in 12 mesi. Gruppo di controllo (CG) <ul style="list-style-type: none"> 1 sessione educativa (informazione e addestramento). 	scala di autovalutazione quantitativa: Health Educator and Self-Management Guide New Digital Scale somministrata prima e al 1°-6°-12° mese dal primo incontro educativo.	Punteggi più alti relativi all'attuazione dei comportamenti di self-care sono raggiunti dal IG con incrementi significativi solo al primo mese dall'intervento (p<0.05).
13. Howie Esquivel et al., 2014. USA	RCT	N=42 pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-IV) di origine ispanica, ospedalizzati entro i 12 mesi precedenti lo studio. Età: 57 (±14)	Valutare l'efficacia di un intervento di educazione al self-care strutturato, etero-diretto e culturale, mentre appropriato nello sviluppo della conoscenza e dei comportamenti di self-care nei pazienti ispanici con scompenso cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Metodo educativo individuale "teach-back" seguito da colloqui educativi di rinforzo. DVD o materiale cartaceo informativo (secondo le preferenze del paziente), diario di monitoraggio PC, segni e sintomi, e scale di valutazione PC. Domicilio Intervento educativo per via telematica associato a interventi di follow up telefonici ogni 2 settimane fino a 90 giorni dall'incontro formativo. Gruppo di controllo (CG): <ul style="list-style-type: none"> Consegna medesimo materiale didattico 	scala di autovalutazione quantitativa, SCHFI v.6.2, somministrata prima e dopo 90 giorni dalla sessione educativa.	Miglioramenti nel self maintenance e management in entrambi i gruppi, ma solo nel IG i self-care management scores hanno raggiunto incrementi significativi: scores iniziali=49, scores a 90 giorni = 81 (P = 0.02). Non riscontrati significativi sviluppi nel self-confidence
14. Kobe-rich et al., 2014. Germania	RCT	N=260 Pazienti con scompenso cardiaco cronico (NYHA II-IV) ammessi al dipartimento di cardiologia o in un ambulatorio per lo scompenso cardiaco di un centro sanitario. Età: 61.7 (±12)	Valutare l'efficacia di interventi educativi infermieristici nella promozione dei comportamenti di self-care, dell'indipendenza nella gestione della propria salute e della qualità della vita.	<ul style="list-style-type: none"> Gruppo sperimentale (IG): <ul style="list-style-type: none"> Incontro informativo individuale e colloqui di rinforzo. Supporto informativo cartaceo (booklet e cards) e diario per il monitoraggio del PC e dei segni e sintomi. Ospedale e domicilio 1 incontro e 4 chiamate telefoniche a 1, 4, 8, 12 settimane dalla dimissione o appuntamento. Gruppo di controllo: <ul style="list-style-type: none"> Nessun intervento o supporto educativo. 	scala di autovalutazione quantitativa, EHFSCTS modificata (in versione tedesca e con 9 item) somministrata prima dell'intervento e all'ultimo follow-up telefonico	Incrementi nei punteggi relativi alla capacità di self-care staticamente significativi solo nel IG (p<0.001), risultato efficace soprattutto nel comportamento di monitoraggio del PC quotidiano.

Autore anno di pubblicazione Sede di studio	Disegno di studio	Campione	Scopo	Intervento educativo	Self-care outcomes, Modalità/strumento di valutazione	Risultati
15. Meng et al., 2016 Germania	RCT multi-centrico	N=513 Persone con scompenso cardiaco (NYHA II-III) a 2 settimane dall'inizio della riabilitazione cardiologica presso 4 centri sanitari. Età: 62 (±11.1)	Valutare gli effetti a lungo termine di un programma educativo di self-management centrato sul paziente comparato con un programma di cure ordinarie nei pazienti con scompenso cardiaco sottoposti a riabilitazione cardiologica.	Gruppo sperimentale (IG): • Metodi educativi interattivi interdisciplinari di gruppo • Presentazioni, opuscoli, volantini • Centro riabilitativo • 5 sessioni da 60-75 min Gruppo di controllo (CG) • Lezione • Volantini e opuscoli informativi • 1 intervento di circa 60 min ¹⁶	Questionario strutturato: Health Education Impact Questionnaire (heiQ); e scala di autovalutazione della capacità di controllo e gestione dei sintomi somministrate nel pre- e post intervento e a 6 e 12 mesi dall'intervento	Piccoli ma significativi miglioramenti nelle competenze di self-management sono state raggiunte a breve termine. Differenze statisticamente significative a 6 mesi e a 12 mesi tra i gruppi nelle capacità di monitoraggio dei sintomi (p=0.031) ma non nella gestione e controllo degli stessi (p=0.685).
16. Mussi et al., 2013 Brasile	RCT multi-centrico	N=200 Pazienti con scompenso cardiaco ricattizzato recentemente dimessi da 2 centri ospedalieri. Età: 62.49 (±13.65)	Valutare gli effetti di interventi educativi infermieristici combinando visite domiciliari con contatti telefonici sulla conoscenza della malattia e le abilità di self-care e l'aderenza al trattamento nei pazienti con scompenso cardiaco recentemente Ricattizzato.	Gruppo sperimentale (IG): • Incontri informativi rivolti al paziente e ai caregivers seguiti da colloqui di rinforzo. • 4 visite domiciliari al 10°, 30°, 60°, 120° giorno dalla dimissione seguite da contatti telefonici a 15-30 giorni dall'incontro. Gruppo di controllo (CG): • Nessun intervento educativo strutturato.	scala di autovalutazione quantitativa, EHFSCBS somministrata alla dimissione e al 10°, 30°, 60°, 120°, 180° giorno seguente.	Miglioramenti significativi nel self-care riscontrati solo tra la prima e la seconda visita domiciliare con differenze significative solo per IG: 12.09(p<0.001) per IG versus 3.13 (P=0.002) per CG.
17. Navi-dian et al., 2015 Iran	Studio quasi-sperimentale	N=70 Pazienti con scompenso cardiaco ospedalizzati in unità operative di cardiologia e riabilitazione cardiologica. Età compresa tra i 38 e 67 anni	Valutare gli effetti dell'educazione nella promozione del self-care in pazienti con scompenso cardiaco depressi e non.	Gruppo sperimentale (IG): • Incontri individuali che integrano informazione ed esercitazioni al self-care. • Opuscolo informativo. • Ospedale • 4 incontri della durata massima di 1h durante gli ultimi giorni di ospedalizzazione.	Questionario di autovalutazione quantitativo sulla consapevolezza, predisposizione e aderenza ai comportamenti di self-care somministrato a 2 settimane dalla dimissione.	Miglioramenti statisticamente significativi nella consapevolezza, predisposizione e aderenza ai comportamenti di self-care; punteggi migliori nei pazienti non depressi (Self-Care Behavior Scores: 21.93 ± 2.34 vs 12.10 ± 3.70, p<0.0001).
18. Otsu e Moriyam, 2011. Giappone	RCT	N= 104 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA II-III) seguiti ambulatorialmente. Età: 71.6 (±9.3)	Valutare l'efficacia dell'educazione nella promozione del self-care dei pazienti con scompenso cardiaco.	Gruppo sperimentale (IG): • Colloquio educativo informativo e motivazionale • Calendario per il monitoraggio del PC, segni e sintomi eterapia assunta. • 6 sessioni mensili di circa 30 min. Gruppo di controllo (CG): • Nessun intervento educativo strutturato.	Scala di autovalutazione sulla compliance a comportamenti di self-care somministrata prima dell'intervento, alla 3°, 6°, sessione educativa e al 9°, 12° mese dal primo incontro.	Livelli di compliance riguardanti l'assunzione della terapia e il regolare esercizio fisico significativamente più alti nell'IG rispetto al CG. Non vi sono differenze statisticamente significative nella cessazione di alcool e fumo. Miglioramenti significativi nella capacità di monitoraggio dei sintomi a 6-12 mesi nell'IG.
19. Otsu e Moriyam, 2012 Giappone	Follow-up di RCT (Otsu e Moriyam, 2011)	Partecipanti allo studio condotto in precedenza (Otsu e Moriyam, 2011)	Valutare gli effetti a lungo termine degli interventi educativi, oggetto di studio della precedente ricerca (Otsu e Moriyam, 2011)		Scala di autovalutazione sulla compliance ai comportamenti di self-care somministrata al 24° mese dall'intervento educativo	Alti livelli di compliance ai comportamenti di self-care rispetto a quelli iniziali sebbene inferiori rispetto a quelli raggiunti a 12 mesi. (89,4% del gruppo di intervento risulta compliant a 12 mesi vs 87,8% a 24 mesi) Scarsa efficacia invece risulta nel cambiamento dello stile di vita relativi al fumo e all'assunzione di alcool.
20. Rodríguez-Gázquez et al., 2012. Colombia	RCT	N=63 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-III) che perseguono un programma di cure cardiovascolari ospedaliere. Età: 65.4 (±12.3)	Valutare l'efficacia di un programma educativo infermieristico centrato sul paziente nella promozione dei comportamenti di self-care nei pazienti con scompenso cardiaco.	Gruppo sperimentale (IG): • Lezione partecipata, incontri informativi individuali rivolti ai pazienti e ai loro familiari e colloqui di follow-up. • Opuscoli informativi con tabelle di registrazione della gestione dei liquidi e di assunzione della terapia. • Ospedale e domicilio. • 2 incontri seguiti da visite domiciliari al 1° e 8° con chiamate	Scala di autovalutazione quantitativa: Artinian's Heart Failure Self-care Behaviour Scale	Il 66% dei pazienti del IG versus 29,9% del CG ha incrementato il punteggio della scala del self-care di almeno il 20%, con una differenza statisticamente significativa. Il 39% dei miglioramenti nel IG è attribuibile all'interventi educativi erogati in aggiunta a quelli del CG

Autore, anno di pubblicazione, Sede di studio	Disegno di studio	Campione	Scopo	Intervento educativo Metodologia educativa, Strumenti didattici, Setting, Intensità/Durata	Self-care outcomes, Modalità/ strumento di valutazione	Risultati
21. Seben e Woda, 2012 USA	Studio quasi-sperimentale	N= 10 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-IV) assistiti a domicilio e un loro caregiver che vive insieme o vicino ad essi. Età: 80 (±9.5)	Valutare la fattibilità di un programma educativo rivolto al paziente e al loro caregiver per la gestione della malattia a domicilio.	Gruppo sperimentale (IG): • Colloqui educativi individuali e di coppia centrati sul paziente. • Supporto cartaceo informativo e compilativo • Domicilio • 7 sessioni educative settimanali di 60-120 min rivolti ai pazienti e ai loro famigliari sia singolarmente che in coppia.	• Scala di autovalutazione quantitativa, SCHFI v 6.2, somministrata prima dell'intervento e a 5 settimane dall'ultima sessione.	Sviluppi significativi sono stati riscontrati in tutte le dimensioni del self-care; in particolare, 6 pazienti hanno mostrato incrementi significativi nel self-care maintenance, e tutti pazienti sintomatici durante lo studio hanno mostrato capacità di self-management
22. Shao et al., 2013. Taiwan	RCT multicentrico	N= 108 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA I-III) reclutati da due centri sanitari. Età: 71.87 (±5.34)	Valutare l'efficacia di un metodo di apprendimento multidimensionale attivo rispetto all'insegnamento unidirezionale nella promozione della self-efficacy e dei comportamenti di self-care, nella riduzione dei sintomi e degli accessi alle cure sanitarie nelle persone con scompenso cardiaco.	Gruppo sperimentale (IG): • Incontri educativi individuali che integrano diverse metodologie (informazione, addestramento e counseling motivazionale) con colloqui di follow-up. • Diario di automonitoraggio del PC, dell'assunzione di sale di liquidi con la dieta. • Ospedale e domicilio • Un incontro seguito da una visita domiciliare dopo 3 giorni, 4 chiamate telefoniche alla 1°-3°-7°- 11° settimana dal primo incontro. • Gruppo di controllo (CG): • Incontro informativo e chiamate telefoniche alla 3°-7°-11° settimana. • telefoniche mensili tra il 2° e 7° mese. • Gruppo di controllo (CG): • Lezione partecipata di gruppo. • Medesimo supporto informativo.	• Scala di autovalutazione quantitativa: Heart failure self-management behaviour scale somministrata prima e a 4 e 12 settimane dall'intervento.	Aumento significativo dei self-management scores fino a 4 settimane in entrambi i gruppi con valori maggiori per IG (p<0.001). Non significativi incrementi tra la 4° e la 12° settimana.
23. Veroff et al., 2012. USA	RCT	N=2439 Pazienti con scompenso aderenti al piano di promozione della salute "Medicare advance". Età: ≥64	Valutare l'efficacia dell'uso di video in aggiunta a strumenti educativi cartacei nella promozione dei comportamenti di self-care nelle persone con scompenso cardiaco.	Gruppo sperimentale (IG) • Metodo di auto-apprendimento attraverso supporti informativi. • Opuscoli informativi in forma cartacea e DVD. Gruppo di controllo (CG) • Metodo di auto-apprendimento tramite supporti informativi. • Opuscoli informativi in forma cartacea	• Intervista con domande strutturate relative ai comportamenti di self care.	Differenze significative tra i due gruppi, a favore dell'IG, solo per il comportamento di monitoraggio del PC (p<0.05).
24. Yu et al., 2015 Cina	RCT	N=90 Pazienti con scompenso cardiaco (NYHA II-IV) ammessi in un ospedale di Hong Kong. Età: 78.6 (±6.9)	Valutare gli effetti di un piano di continuità assistenziale infermieristico sul tasso di mortalità, qualità di vita e self-care nei pazienti con scompenso cardiaco	Gruppo sperimentale (IG) • Incontri informativi, esercitazioni e counseling individuali. • Domicilio. • 2 visite domiciliari settimanali post-dimissione e 3 follow-up telefonici nei 3 mesi seguenti. Gruppo di controllo (CG) • Nessun intervento educativo strutturato.	• Scala di auto-valutazione quantitativa: SCHFI v.4 somministrata a 6 settimane, 3° e 9° mese dalla dimissione.	IG ha mostrato risultati staticamente migliori in tutte le componenti del self-care (p<0.05) eccetto i risultati al 9° mese riguardo al self-management.

DISCUSSIONE

La letteratura selezionata non ha consentito l'individuazione del metodo o dello strumento educativo migliore, tuttavia offre una panoramica attuale degli interventi adottati. I metodi individuali sono i più utilizzati, essi consentono di conoscere e agire sulle capacità e le barriere del singolo e tra questi il più comune è l'incontro informativo/educativo, metodo centrato sull'area dell'apprendimento cognitivo, che ha mostrato una buona efficacia nell'acquisizione del self-care quando attuato in sessioni multiple e/o associato a colloqui di follow up e rivolto sia al paziente che al loro caregiver. A conferma di quanto sostenuto a livello teorico per poter giungere ad un buon livello di self-care la capacità di presa di decisione deve tradursi in azione ed essere sostenuta dalla motivazione; risultati migliori, infatti, sono stati raggiunti integrando metodi educativi cognitivi con metodi di sviluppo delle abilità psicomotorie, quali l'addestramento, e delle abilità psicoaffettive quale il counselling; tali metodi possono essere realizzati attuati anche in piccoli gruppi di pazienti, benchè gli studi relativi ai metodi collettivi siano pochi.

Utile nell'acquisizione delle conoscenze, capacità di percezione dei segni e sintomi di malattia e gestione degli stessi, a supporto di interventi etero-diretti, è l'uso di strumenti informativi. Questi dovrebbero essere elaborati tenendo conto delle caratteristiche della popolazione destinataria, quali la health literacy ed includere spazi vuoti, griglie o tabelle di monitoraggio degli indicatori di controllo della malattia da far compilare al paziente. A strumenti di tipi cartaceo posso essere associati strumenti multimediali (per esempio DVD) con programmi interattivi e/o video simulativi e strumenti facilitanti lo svolgimento delle attività di autocura quali porta-pillole o bottiglie calibrate per regolare l'introito dei liquidi.

Un singolo intervento educativo non è sufficiente a promuovere il self-care; è necessario pensare all'educazione come a un processo continuo e dinamico che preveda sessioni educative multiple realizzate con interventi iniziali rivolti al malato e al suo caregiver o in piccoli gruppi di massimo 6-8 pazienti seguiti da visite domiciliari, incontri ambulatoriali o colloqui telefonici di follow-up che stimolino alla loro partecipazione trasformando l'incontro in tempo di discussione (incontro informativo/educativo) in cui ogni informazione fornita sia utilizzata per ragionare e rispondere a situazioni specifiche, reali e vissute, in attività (addestramento) e relazione d'aiuto (counselling). La pianificazione del programma dovrebbe includere, inoltre, tempi di valutazione del self-care quale indicatore di risultato di una efficace gestione della malattia cronica sensibile ad interventi assistenziali educativi e misurabile attraverso strumenti validati, utili anche a fornire un feed-

back al paziente e a migliorare l'autoconsapevolezza dei risultati raggiunti.

In questa revisione sono riscontrabili limiti concettuali e metodologici. Per quanto riguarda quest'ultimi sono stati presi in considerazione studi pubblicati negli ultimi cinque anni, ristretto arco temporale che esclude i contributi e le ricchezze della letteratura primaria e secondaria precedente. Sono stati comparati risultati di studi primario che non presentano lo stesso rigore metodologico, con bias che inficiano la validità interna (quali bias di cecità) e fattori di confondimenti legati alla mancanza di gruppi di controllo negli studi quasi-sperimentali, inoltre la variabilità dei campioni, nella numerosità e nelle caratteristiche, dei setting assistenziali, organizzativi, tecnologici e professionali minano l'applicabilità e la generalizzabilità dei risultati.

Nonostante l'aumento dei trial clinici randomizzati contribuisca a migliorare la qualità delle ricerche sull'educazione terapeutica, il grado di precisione con cui gli studiosi esplorano la relazione tra gestione della malattia ed educazione risulta ancora oggi molto variabile, non in tutti gli studi infatti le metodologie e gli strumenti educativi sono descritte in modo chiaro e preciso; benchè tutti gli studi utilizzino il self-report quale modalità di valutazione dei risultati del self-care, gli strumenti utilizzati sono diversi e non sempre includono tutti i suoi aspetti; questo insieme alla variabilità dei tempi, dose e durata degli interventi educativi ha reso difficilmente comparabili i risultati. Nei limiti legati agli studi si aggiunge il bias di pubblicazione che sovrastima l'efficacia dei trattamenti influenzandone la validità esterna.

CONCLUSIONI

Questa revisione contribuisce all'approfondimento del tema del self-care nell'ambito delle malattie croniche ampiamente sviluppato nella letteratura scientifica internazionale.

Nello specifico si è cercato di analizzare il fenomeno nella pratica assistenziale educativa, partendo dai bisogni emergenti della popolazione affetta da insufficienza cardiaca e facendo esplicito riferimento alle teorie infermieristiche, quale strumento concettuale di supporto e guida nella ricerca di interventi basati sull'evidenza scientifica. Da concetto teorico il self-care è stato tradotto in outcome di valutazione degli interventi favorendo una lettura più oggettiva e confrontabile del fenomeno stesso.

Inoltre, tale revisione persegue l'obiettivo di applicare i principi dell'evidence based practise all'interno del processo educativo, contribuendo allo sviluppo dell'educazione e al suo pieno riconoscimento come parte integrante dell'assistenza sanitaria.

Questa ricerca si è centrata solo su due delle fasi del processo dell'educazione, la scelta delle metodologie e degli strumenti educativi e la valutazione dei risultati, ma sarebbe auspicabile condurre ricerche che analizzino anche le altre fasi, approfondiscano gli aspetti qualitativi permettendo di dare uno sguardo complessivo e ricerchino soluzioni assistenziali anche di fronte a situazioni cliniche più complesse, quali di comorbidità o di decadimento cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

- Alvaro M., Lommi M., Matarese R. (2015). L'evoluzione del concetto di cura di sé nell'assistenza sanitaria: una revisione narrativa della letteratura. *Professioni Infermieristiche*, 68(2), 155-166.
- Cartabellotta A., Iannone P. (2015). Linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto. *Evidence*, 7(2), 10-13.
- Barnason S., Zimmerman L., Young L. (2012). An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 448-475.
- Baker D. W., Dewalt, D. A., Schillinger D., Hawk V., Ruo B., Bibbins-Domingo K., Weinberger M., MacAbasco-O'Connell A., Grady K, L., Holmes G. M., Erman B., Broucksou K. A., Pignone M. (2011). The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. *Journal of cardiac failure*, 17(10), 789-796.
- Boyde, M., Turner, C., Thompson, D. R., & Stewart, S. (2011). Educational interventions for patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), E27-E35.
- Boyde M., Song S., Peters R., Turner C., Thompson D. R., Stewart, S. (2013). Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(1), 39-46.
- Bryant R., Gaspar P. (2014). Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatric Nursing*, 35(3), 188-193.
- Casimir, Y. E., Williams, M. M., Liang, M. Y., Pitakmongkolkul, S., & Slyer, J. T. (2014). The effectiveness of patient centered self care education for adults with heart failure on knowledge, self care behaviors, quality of life, and readmissions: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(2), 188-262.
- Clark A. P., McDougall G., Riegel B., Joiner-Rogers G., Innerarity S., Meraviglia M., Delville C., Davila A. (2015). Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30 (4 0 1), S3.
- Cocchieri A., Riegel B., D'Agostino F., Rocco G., Fida R., Alvaro R., Vellone E. (2015). Describing self-care in italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 126-136.
- Cockayne S., Pattenden J., Worthy G., Richardson G., Lewin R. (2014). Nurse facilitated self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(9), 1207-1213.
- Davis K. K., Mintzer M., Dennison Himmelfarb C. R., Hayat M. J., Rotman S., Allen J. (2012). Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. *European Journal of Heart Failure*, 14(9), 1041-1049.
- Deek H., Nouredine S., Newton P. J., Inglis S. C., Al Arab G., Kabbani S., Chalak W., Timany N., MacDonald P. S., Davidson P. M. (2015). Family focused Approach to improve Heart Failure care In Lebanon Quality (FAMILY) Intervention: A randomized controlled trial. Da <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/43423>.
- Dickson V. V., Melkus G. D., Katz S., Levine-Wong A., Dillworth J., Cleland C. M., Riegel B. (2014). Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: results of a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 96(2)188-196.
- Dickson V. V., Chyun D., Caridi, C., Gregory J. K., Katz S. (2016). Low literacy self-care management patient education for a multi-lingual heart failure population: results of a pilot study. *Applied Nursing Research*, 29, 122-124.
- Dilles A., Heymans V., Martin S., Droogné W., Denhaerynck K., De Geest S., (2011). Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 187-193.
- Ditewig, J. B., Blok, H., Havers, J., & van Veenendaal, H. (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient education and counseling*, 78(3), 297-315.
- Doran D. M., (2013) Nursing outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche, McGraw-Hill.
- Ferraresi A., Gaiani R., Manfredini M. (2004) Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni, Roma, Carrocci Editore.
- González B., Lupón J., Domingo M., Cano L., Cabanes R., de Antonio M., Arenas M., Crespo E., Rodríguez M., Bayes-Genis A. (2014). Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5), 459-465.
- Holmes G. M., DeWalt D.A., Baker D.W., Hawk B. R. V., Broucksou K., Schillinger D., Bibbins Domingo K., Macabasco O'Connell A., Weinberger M., Erman B., Pignone M.E. 2011. Multi session self care training improves knowledge, self efficacy and self care behaviors

- for low and high literacy patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 26, S54-S55
- Howie-Esquivel J., Bibbins-Domingo K., Clark R., Evangelistad L., Kathleen Dracupa (2014). A culturally appropriate educational intervention can improve self-care in Hispanic patients with heart failure: A pilot randomized controlled trial. *Cardiology Research*, 5(3-4), 91-100.
- Köberich S., Lohrmann C., Mittag O., Dassen T. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure--a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(12), 1643-1655.
- Lainscak M., Blue L., Clark A. L., Dahlström U., Dickstein K., Ekman I., McDonagh T., McMurray JJ, Ryder M, Stewart S, Strömberg A, Jaarsma T. (2011). Self care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2),115-126.
- Meng K., Musekamp G., Schuler M., Seekatz B., Glatz J., Karger G.,Kiwusd U., Knoglingere R., Schubmannf R., Westphalg R., Faller H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Education and Counselling*, 99(7), 1190-1197.
- Mussi C. M., Ruschel K., de Souza E. N., Lopes A. N. M., Trojahn M. M., Paraboni C. C., Rabelo E. R. (2013). Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 20-28.
- Navidian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. (2015). The effect of self-care education on the awareness, attitude, and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. *PLoS One*, 10(6): e0130973.
- Otsu, H., Moriyama M. (2011). Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(2), 140-152.
- Otsu, H., Moriyama M. (2012) Follow-up study for a disease management program for chronic heart failure 24 months after program commencement. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(2), 136-148.
- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Riegel B., Jaarsma T., Stromberg A. (2012). A Middle range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235.
- Rodríguez-Gázquez M., Arredondo-Holguín E., Herrera-Cortés R. (2012). Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 296-306.
- Sebern, M. D., & Woda, A. (2012). Shared care dyadic intervention: outcome patterns for heart failure care partners. *Western journal of nursing research*, 34(3), 289-316.
- Shao J.-H., Chang A. M., Edwards H., Shyu Y.-I. L., Chen S.-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2458-2469.
- Stamp K. D. (2011). Self-care in women with heart failure and the effectiveness of nurse-led educational interventions: a review of the literature. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4), 339-351.
- Veroff D. R., Sullivan L. A., Shoptaw E. J., Venator B., Ochoa-Arvelo T., Baxter J. R., Mannocchia M., Wennberg D. (2012). Improving self-care for heart failure for seniors: the impact of video and written education and decision aids. *Population Health Management*, 15(1), 37-45.
- World Health Organization. (2013), Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
- Yancy C. W., Jessup M., Bozkurt B., Butler J., Casey D. E., Drazner M. H., Fonarow G.C., Geraci S.A, Horwich T., Januzzi J. R., Johnson M. R., Kasper E. K, Levy W. C., Masoud F.A., McBride P.E., McMurray J. V., Mitchell P.E, Peterson P. N., Riegel B., Sam F., Stevenson L. W., Tang W.W, TsaiE.J., Wilkoff B.L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation*, CIR-0b013e31829e8776.
- Yu D. S. F., Lee D. T. F., Stewart S., Thompson D. R., Choi K.-C., Yu C.-M. (2015). Effect of nurse-implemented transitional care for chinese individuals with chronic heart failure in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1583-1593.

