

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

Gli interventi educativi per i pazienti con scompenso cardiaco: una sintesi della letteratura

*Carlo Federico Spatola, Antonello Cocchieri,
Maria Grazia De Marinis, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro*

Estratto

Volume LXIX – N. 5 – Settembre / Ottobre 2013

IgSanPubbl - Issn 0019-1639

www.igiennesanita.org

Igiene e Sanità Pubblica

In collaborazione con:



Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Redazione

Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella" - www.istitutostudisanitari.it
(Referente: Flavia Battioni - flaviabattioni@libero.it)

Comitato Scientifico

Gabriella Aggazzotti, Simona Amato, Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia, Albert Bosch, Silvio Brusaferrò, Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara, Antonietta Filia, Bertram Flehmig, Elisabetta Franco, Maria Pia Garavaglia, Giuseppe Giammanco, Donato Greco, Elio Guzzanti, Giuseppe La Torre, Gavino Maciocco, Alessandro Maida, Massimo Maurici, Marck McCarthy, Isabella Mastrobuono, Cesare Meloni, Nicola Nante, Bruno Paccagnella, Walter Ricciardi, Roberta Siliquini, Gianfranco Tarsitani, Giancarlo Vanini

Traduzioni a cura di

Antonietta Filia

Norme editoriali in 3^a di Copertina

Hanno collaborato a questo numero

R. Alvaro, P. Arcaro, M. Battistella, B. Bonannini, M. Calvo, C. Carlino, E. Cerrato, A. Cocchieri, M.G. De Marinis, E. Di Marco, M. Di Palma, V. Dugo, R. Fiore, C. Franco, E. Franco, I. Giusepi, P. Laurenti, M. Longo, G. La Torre, L. Macchi, M. Ortis, A. Pavan, I. Pavese, G. Pimpinella, P. Piscioneri, A. Primavera, P. Ponzo, G. Quaranta, G. Roberti, G. Ricciardi, D. Rivetti, D. Russo, S. Sernia, V. Soardo, C.F. Spatola, E. Vellone, G. Zicari



Edizioni Panorama della Sanità - S.C.a R.L.

Piazzale di Val Fiorita, 3 - 00144 Roma
Tel. 065911662 - Fax 065917809

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 196/03 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico

Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Gli interventi educativi per i pazienti con scompenso cardiaco: una sintesi della letteratura

Carlo Federico Spatola*, Antonello Cocchieri*, Maria Grazia De Marinis**,
Ercole Vellone°, Rosaria Alvaro°°

* Dottorando di ricerca di Scienze Infermieristiche Università Tor Vergata, Roma

** Professore Associato Scienze Infermieristiche Università Campus Bio Medico, Roma

° Assegnista di ricerca di Scienze infermieristiche Università Tor Vergata, Roma

°° Professore associato di Scienze Infermieristiche Università Tor Vergata, Roma

Parole chiave *Scompenso cardiaco, educazione dei pazienti, auto-cura, intervento educativo*

Riassunto L'educazione del paziente è riconosciuta come centrale nel trattamento dello scompenso cardiaco. Il supporto dell'infermiere è essenziale per modificare i comportamenti del paziente e per ridurre il numero di riospedalizzazioni. L'obiettivo dell'articolo è esaminare le caratteristiche degli interventi educativi attuati sui pazienti, gli outcome misurati e il ruolo educativo infermieristico. È stata condotta una revisione della letteratura degli ultimi 10 anni e sono stati selezionati 30 articoli. Gli interventi multisessione, motivazionali, ripetuti nel tempo e con diversi follow-up di rinforzo sembrano produrre i risultati migliori. Alcuni aspetti rimangono tuttora controversi.

Educational interventions in patients with heart failure: a review of the literature

Key words *heart failure, patient education, self-care, educational intervention*

Summary Patient education is recognized as a central component of heart failure care and reduces hospital readmissions. Nurses have an important role in providing patient education and modifying self-care behaviors. The aim of this article is to examine characteristics of educational interventions for heart failure patients, their measured outcomes and the role of nurses in providing education. We conducted a literature review of the last 10 years and considered 30 articles. Multisession motivational interventions, repeated over time and with different follow-up interventions seem to produce the best results. However, some aspects remain controversial.

Introduzione

Lo scompenso cardiaco (SC) è riconosciuto come un rilevante problema di salute pubblica nei paesi industrializzati e costituisce una delle principali cause di morbilità e mortalità (Kalogeropoulos e Georgiopoulou et al., 2009). È una malattia molto diffusa che determina importanti costi umani ed economici se si considera che ne è affetto il 2-3% della popolazione con un aumento fino al 10-20% nelle persone con età e" 65 anni (Hodges, 2009). Si stima che 5,8 milioni di americani e 15 milioni di Europei soffrono di SC (Braunschweig e Cowie et al., 2011).

Lo SC è associato con un'alta mortalità (Lee e Steet et al., 2003) e frequenti ricoveri ospedalieri (Riegel et al., 2009, Adamson, 2013). Nel 2010 le dimissioni ospedaliere per SC sono state circa 200.000 (il 5,2% del totale) precedute da 1.900.000 giornate di degenza, con una media di 9,1 giorni per malato (Age.na.s., 2012). Lo SC è considerato una malattia epidemiologicamente significativa per la sanità pubblica e non a torto è stata inserita nei 43 indicatori del Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) che è lo strumento di valutazione a supporto dei programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN.

Lo SC ha un forte impatto sulla vita del paziente e dei suoi familiari (Jaarsma et al., 1999, Vellone et al., 2012, Jaarsma et al., 2013; Vellone et al., 2011). Gli individui che ne sono affetti si vedono costretti a dover modificare il proprio stile di vita, ad aderire ai molteplici trattamenti farmacologici, a modificare la propria dieta, a ridurre e controllare l'apporto di liquidi, ad adattare la propria attività fisica e a monitorare i propri sintomi (Riegel et al., 2011). Per tali ragioni, l'educazione del paziente è riconosciuta dalla letteratura internazionale come centrale nel trattamento dello SC (Boyde et al., 2013; Jradi et al., 2013). È stato osservato che l'educazione migliora l'aderenza al piano terapeutico ed ai comportamenti di self-care e riduce anche i costi sanitari (Koelling et al. 2005). In tal senso il ruolo dell'infermiere è essenziale per migliorare i comportamenti del paziente e per ridurre il numero di riospedalizzazioni (Jaarsma et al., 1999). Inoltre, alla luce del cambiamento socio demografico e dell'aumento dell'aspettativa di vita e della sopravvivenza, le funzioni dei professionisti della salute non possono prescindere da un approccio di carattere anche educativo. Questo significa instaurare con i pazienti una relazione spesso negoziale che tuttavia ha lo scopo di responsabilizzarli ad assumere consapevolmente le sorti del proprio benessere migliorando il self-care.

In considerazione del ruolo centrale che assume l'educazione nel processo assistenziale ai pazienti con SC in questo articolo si è voluto effettuare una sintesi della letteratura sugli interventi educativi (IE) sperimentati con i pazienti affetti da SC, evidenziando

le caratteristiche (modalità didattica e tempistica, contenuti e strumenti didattici utilizzati), le modalità di follow-up, gli outcome misurati (conoscenza, riammissioni ospedaliere, tassi di mortalità) e il ruolo educativo infermieristico.

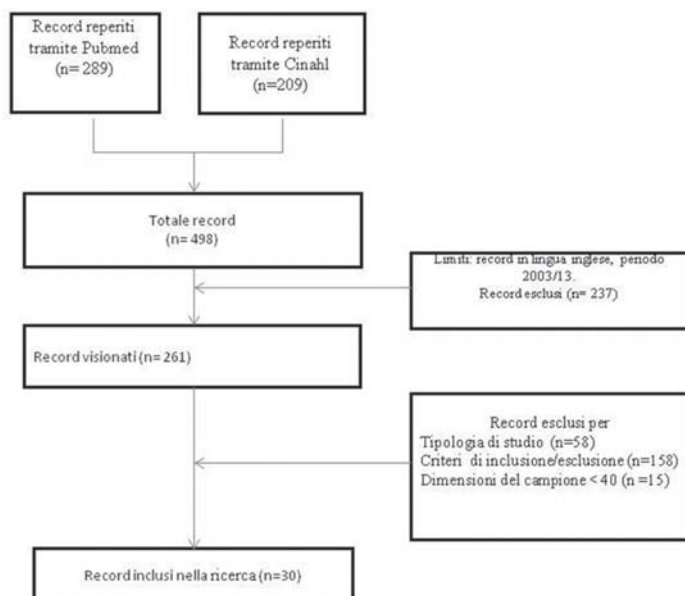
Metodo

È stata condotta una revisione della letteratura degli ultimi 10 anni utilizzando le banche dati PubMed e CINAHL. Le parole chiave utilizzate sono state “patient education”, “educational intervention”, “self-care” in combinazione con “heart failure”. Utilizzando criteri specifici per la selezione degli articoli (Figura 1) sono stati inclusi nella revisione 30 articoli (25 studi originali e 5 revisioni sistematiche della letteratura). È stata quindi effettuata una sintesi narrativa delle evidenze.

Risultati

L'educazione dei pazienti con SC è riconosciuta come essenziale per mantenere la stabilità della malattia (Thompson et al., 2010; Viswanathan et al., 2012). Le implicazioni organizzative ed economiche causate dallo SC hanno da tempo imposto lo sviluppo di

Figura 1-Flow-chart della revisione della letteratura



specifici programmi di gestione in cui l'educazione è diventata una componente essenziale ed imprescindibile descritta come "un'attività di apprendimento pianificata per aiutare le persone che vivono un'esperienza di malattia a cambiare i loro comportamenti e a condurli ad un buono stato di salute (Goodwin Johansson 1998)". Negli ultimi 10 anni sono stati testati una varietà di IE sui pazienti con SC (Stromberg, 2005) ma non è ancora chiaro quale intervento sia più efficace (Tabella 1 e 2).

Caratteristiche dell'IE

Modalità didattica e tempistica

Gli IE più comunemente utilizzati sono le sessione didattiche *one-to-one* con durata media di 60 minuti. Tali interventi vengono effettuati da infermieri o da team multidisciplinari (Boyde, Turner et al. 2011; Boren, Wakefield et al, 2009). Singoli IE migliorano la conoscenza dei pazienti in merito ai comportamenti ma non riescono sempre a produrre dei cambiamenti (Roncalli et al., 2009). Gli IE multisessione sono più efficaci ed hanno un impatto positivo sulla qualità di vita (QDV) dei pazienti e sulla riospedalizzazione (DeWalt et al., 2009). Gli IE standardizzati (con un set di argomenti prestabiliti) hanno il limite di essere stati testati su determinate "popolazioni" e necessiterebbero di adattamenti per altre (Juilliere et al., 2006). Gli IE con strategie di gruppo sono da preferire quando la condivisione delle esperienze comuni potrebbe avere una maggiore utilità per i pazienti (Yehle and Plake, 2010). Una revisione sistematica della letteratura ha evidenziato come metodo educativo efficace l'uso di metodologie combinate composte da singole sessioni *one-to-one* ripetute nel tempo e con sessioni educative condivise con il paziente (Fredericks et al., 2010). Il counseling ed il colloquio motivazionale sono efficaci nel migliorare il self-care nello scompenso cardiaco, ma non ne è stata dimostrata la loro maggiore efficacia rispetto agli IE tradizionali (Riegel et al., 2006).

Contenuti

I contenuti educativi per i pazienti con SC consistono soprattutto nel riconoscimento dei sintomi, nella gestione della malattia, nell'aderenza ai trattamenti e nell'identificazione precoce dei cambiamenti di salute (Riegel and Dickson, 2008). Alcuni di questi contenuti educativi sono riportati nella Tabella 3. Altri interventi educativi mirano a modificare la motivazione.

Strumenti didattici

Il supporto educativo più utilizzato è quello scritto (Boyde, Turner et al. 2011) che

Tabella 1 - Tabella delle revisioni

Autore	Tipo di studio	Anni riferimento	Obiettivo	Intervento educativo	Strumenti	Follow-up	Outcome misurati	Risultati
(Consegh et al., 2004)	Revisione sistematica	1966-2003	Testare l'efficacia degli IE	IE eterogenei e di varia durata	Visite domiciliari, visite ambulatoriali	Diversi follow-up tempo medio 6 mesi	Riammissioni ospedaliere	Gli IE riducono la riammissione ospedaliere
(Wakefield et al., 2013)	Revisione sistematica	1966-2007	Testare l'efficacia degli IE	IE eterogenei con contenuto basato sulla conoscenza, interazione sociale, supporto sociale, gestione dei liquidi, dieta, attività fisica	Libricini, newsletters, libri di lavoro, poster ed altri strumenti	Diversi follow-up tempo medio massimo di 8 mesi	Soddisfazione apprendimento terapia stato clinico mortalità costi utilizzo delle risorse mediche comportamento	Più della metà degli studi dimostra che gli IE producono un miglioramento degli outcome indicati.
(Fredericks et al., 2010)	Revisione sistematica	1986-2008	Testare l'efficacia degli IE	IE standardizzati e individualizzati	Incontri individualizzati in sessioni multiple	Diversi follow-up	Conoscenza, comportamenti ed esperienza di conoscenza dei sintomi.	Gli interventi più efficaci sono caratterizzati da una metodologia mista, costituiti da interventi individualizzati e ripetuti nel tempo
(Boyd et al., 2011)	Revisione sistematica	1998-2008	Testare l'efficacia degli IE	IE individualizzati	Incontri individualizzati con supporto cartaceo e multimediale	Diversi follow-up	Diversi outcome misurati tra cui la conoscenza dei sintomi	Un approccio centrato sul paziente aumenta la conoscenza relativa ai comportamenti
(Yehle and Plaks, 2010)	Revisione sistematica	1966-2009	Testare l'efficacia degli IE	IE eterogenei e di varia durata	IE individualizzati	Diversi follow-up	Diversi outcome misurati (self-care, conoscenze, educazione del paziente)	Non è il numero delle sessioni educative che produce miglioramenti ma qualche fattore che è sotto oggetto di studio

Tabella 2 - Tabella degli studi originali

N	Autori	Tipologia di studio	Obiettivo	Intervento educativo	Strumenti educativi	Follow-up	Outcome misurati	Risultati
1	(Tsuayuki et al., 2004)	Semi sperimentale	Studiare gli effetti degli IE	IE singola sessione individuale prima della dimissione	Intervento di educazione + materiale scritto + diari di auto monitoraggio	6 mesi	Aderenza alla terapia, riospedalizzazione	Gli IE non aumentano l'aderenza alla terapia, non diminuiscono la riospedalizzazione
2	(Karlsson et al., 2005)	RCT	Testare l'efficacia degli IE	IE a sessione continua gestiti da infermieri ambulatoriali	Nozioni teoriche e supporto cartaceo	6 mesi	Conoscenze	Gli IE migliorano le conoscenze.
3	(Koelling et al., 2005)	RCT	Testare l'efficacia dell'IE	Singola sessione di 1 ora individuale prima della dimissione	Nozioni teoriche + materiale cartaceo su aderenza alla terapia, restrizione di sodio nella dieta e peso giornaliero	Telefonico a 180 giorni	Livello di self-care, riospedalizzazione e decessi	Gli IE producono miglioramento dei comportamenti orientati al self-care, diminuzione della riospedalizzazione, nessun effetto sulla sopravvivenza
4	(Dunbar et al., 2005)	RCT	Testare l'efficacia di un IE	IE a sessione multipla indirizzato al nucleo familiare	IE di educazione su gestione del peso, preparazione cibo, + materiale scritto + video + intervento motivazionale	3 mesi	Gestione dei comportamenti alimentari	Gli IE producono miglioramenti significativi nei comportamenti alimentari

segue tabella

5	(Smith et al., 2005)	Semi sperimentale	Oservare gli effetti degli IE	IE sessione multipla prima e dopo la dimissione	IE di educazione sulla gestione del peso, preparazione cibo, aderenza alla terapia, fumo, riconoscimento dei sintomi, attività fisica con l'uso di Video-tape e rinforzo telefonico dopo la dimissione.	2 mesi	Conoscenze e atteggiamenti (riduzione di sodio nella dieta e monitoraggio del peso)	Gli IE aumentano le conoscenze e producono miglioramenti nei comportamenti alimentari e di monitoraggio del peso
6	(Kodiath et al., 2005)	Non sperimentale	Descrizione degli IE	IE basato sul comportamento	Incontri educativi multipli con argomenti scelti dai pazienti	Follow-up telefonico 11 settimana	Conoscenze. Motivazione e competenze specifiche	I pazienti esprimono soddisfazione per la tipologia di IE, migliorano la conoscenza, le competenze specifiche e la motivazione.
7	(Regel et al., 2006)	Non sperimentale	Testare l'efficacia di un IE	IE di counseling motivazionale	IE su motivazione, costruzione delle competenze visite domiciliari ripetute	Telefonico 3 mesi	Abilità nel self-care, conoscenza	IE produce miglioramento del self-care e della conoscenza.
8	(Kurtzleb and Reiner, 2006)	Semi sperimentale	Studiare gli effetti degli IE	IE multidisciplinare a sessione singola coordinato da infermieri	Approccio basato sul cambiamento dello stile di vita del paziente,	12 mesi	Conoscenze Riammissioni ospedaliere Qualità di vita Capacità funzionale	Gli IE migliorano la qualità di vita, aumentano le conoscenze, la capacità funzionale e prevengono le riospedalizzazioni
9	(Holst et al., 2007)	RCT	Testare l'efficacia dell'IE	Sessione intensiva con educazione e counseling a casa del paziente all'inizio dello studio	Nozioni teoriche sul peso giornaliero e sulla restrizione di sodio nella dieta	Follow-up mensile per un anno intero	Abilità nel self-care Conoscenze Qualità di vita	Gli IE non migliorano significativamente la qualità di vita e le abilità nel self-care. Migliorano le conoscenze.

segue tabella

10	(Shearer et al., 2007)	RCT	Testare l'efficacia degli IE	IE sessione multipla telefonico di empowerment	IE condotto telefonicamente riguardo la gestione dello SC e percezione del proprio stato di salute	3 mesi	Gestione della patologia, attività orientate al self-care Percezione del proprio stato di salute	Gli IE fiocinano la gestione della malattia e potenziano le attività orientate al self-care Non ci sono miglioramenti significativi nella percezione del proprio stato di salute
11	(Westlake et al., 2007)	Semi sperimentale	Studiare gli effetti degli IE	IE web-based	IE sessione multipla in rete Internet (web-TV) riguardo la gestione dei sintomi dello SC + webinar per contatto diretto con gli infermieri	3 mesi	Qualità di vita Percezione della gestione dello SC	Gli migliorano la qualità di vita e la percezione della gestione dello SC
12	(Lupon et al., 2008)	Non sperimentale	Osservare gli effetti degli IE	IE sessione singola in ambulatorio	Incontro educativo di 1 ora	1 anno	Conoscenze Mortalità	Gli IE migliorano le conoscenze ma non riducono la mortalità.
13	(Seibert et al., 2008)	RCT	Studiare l'efficacia degli IE	IE di telemedicina domiciliare continuativo per 6 settimane	Incontri educativi con programmi di monitoraggio. Dotazione di PC, monitor touch-screen.	4,5/6 settimane	Accessi in pronto soccorso/riospedalizzazione Conoscenze e livello di self-care	Gli IE non riducono significativamente gli accessi in pronto soccorso e non riducono le riospedalizzazioni. Migliorano invece le conoscenze e il livello di self-care.
14	(Powell et al., 2008)	RCT	Testare l'efficacia di un IE	IE composto da training delle competenze e conoscenze	Intervento di educazione motivazionale e teoriche, contatti telefonici	18 Mesi- 1 Anno	Atteggiamenti	Gli interventi multidisciplinari incoraggiano i pazienti alla capacità decisionale

segue tabella

15	(Balk et al., 2008)	RCT		Testare l'efficacia di un IE	IE sessione continua	Canale televisivo che trasmette materiale educativo	Mediamente 288 giorni, il follow-up effettuato al momento del successivo ricovero	Giorni di degenza Qualità di vita Conoscenze Self-care	Gli IE non producono miglioramenti della qualità di vita né i giorni di degenza, non migliora il self-care ma migliorano le conoscenze.
16	(DeWalt et al., 2004)	RCT		Testare l'efficacia dell'IE a effettuato in più sessioni	IE singola sessione e sessione multipla	Nozioni teoriche sulla gestione del peso e self-care	Follow up ripetuti a 1, 6 e 12 mesi.	Conoscenza self-care, qualità di vita, riospedalizzazione	IE a sessione multipla riducono le riospedalizzazioni. Aumentano le conoscenze mentre i miglioramenti sulla qualità di vita non sono statisticamente significativi
17	(Yehle et al., 2009)	Semi Sperimentale		Studiare i comportamenti orientati al self-care prima e dopo gli IE	IE interdisciplinari	Nozioni teoriche fornite da tutta l'equipe	8 Settimane	Conoscenze	Gli IE miglioravano le conoscenze ma senza significatività statistica.
18	(Roncalli et al., 2009)	semi-sperimentale		studiare gli effetti degli IE	IE multidisciplinare singola sessione	Nozioni teoriche per un giorno alla fine dell'ospedalizzazione	1 anno	Conoscenze	Gli IE migliorano significativamente le conoscenze
19	(Delaney and Apostolidis, 2010)	Semi sperimentale		Studiare gli effetti degli IE	IE sessione multipla domiciliare	8 interventi educativi domiciliari	90 giorni	Qualità di vita Depressione Riospedalizzazione	Gli IE migliorano significativamente la qualità di vita e riducono i sintomi depressivi. Gli IE non abbassano il numero di riospedalizzazioni

segue tabella

20	(Baker et al., 2005b)	RCT		Testare l'efficacia dell'IE	IE a sessione multipla costruita da sessioni di counseling	IE ripetuti a telefono nozioni teoriche e di rinforzo motivazionale	1 mese	Conoscenze Qualità di vita Self-care	Gli IE a sessioni ripetute producono miglioramenti della conoscenza, qualità di vita e self care rispetto agli interventi a singola sessione.
21	(Kommuri et al., 2012)	RCT		Testare l'efficacia dell'IE	IE a singola sessione	IE individuale di 1 ora.	6 mesi	Conoscenze Riospedalizzazione Mortalità.	Gli IE producono miglioramenti significativi della conoscenza. Gli IE riducono significativamente il numero delle riospedalizzazioni e della mortalità.
22	(Shively et al., 2005)	RCT		Testare l'efficacia dell'IE	IE a sessione multipla	4 IE di due ore ciascuno	Follow-up telefonico 4, 10, 16 mesi	Qualità di vita Conoscenze e comportamenti (attività fisica)	Gli IE migliorano l'attività fisica e la conoscenza Gli IE non migliorano la qualità di vita
23	(Obu and Moriyama, 2012)	Semi sperimentale		Studiare gli effetti degli IE	IE a sessione multipla	Interventi educativi rispetto alla dieta e alla gestione del peso	Follow-up 7 e 12, 13 e 24 mesi	Conoscenze e competenze	Gli IE producono un miglioramento delle competenze e delle conoscenze.
24	(Rodriguez-Garquez Mde et al., 2012)	RCT		Testare l'efficacia degli IE	IE a sessione multipla (9 mesi)	Tele nursing, visite domiciliari Supporto cartaceo	9 mesi	Conoscenza Aderenza ai trattamenti farmacologici e non	Gli IE multipli producono un miglioramento significativo delle competenze e delle conoscenze.
25	(Baker et al., 2011)	RCT		Testare l'efficacia degli IE	IE a sessione multipla	Counseling telefonico (5/8 telefonate di 1 ora)		Conoscenza Qualità di vita	Gli IE di counseling migliorano le conoscenze e la qualità di vita rispetto agli IE sigomli

include: opuscoli, linee-guida, brochure, videotape dimostrativi di varia durata (DeWalt et al., 2006, Albert et al., 2007), CD-ROM interattivi come strategia educativa supplementare alle sessioni educative (Martensson et al., 2005, Stromberg et al., 2006), newsletters, *cards* con descrizione dei sintomi (Boren et al., 2009). Alcuni studi hanno utilizzato grafici del peso, strumenti per l'organizzazione nell'uso dei farmaci e l'uso asincrono di presentazioni audio/video. Il telemonitoraggio risulta essere l'intervento migliore, in grado di ridurre anche le riospedalizzazioni (Inglis et al., 2010).

La teleguida (canali televisivi che trasmettono contenuti educativi e messaggi motivazionali) migliora la conoscenza dei pazienti in merito allo SC. Quest'ultima tecnica però non ha prodotto miglioramenti significativi rispetto ad outcome clinici (Balk et al., 2008; Shearer et al., 2007).

Modalità di Follow-up

I follow-up assumono diverse forme: sessioni di follow-up di gruppo (Bakan and Akyol, 2008), una o più visite domiciliari, l'uso di telefonate periodiche di rinforzo educativo dopo l'intervento iniziale (Boyde et al., 2011). Il follow-up telefonico è quello più frequente.

Outcome misurati

Molti studi hanno dimostrato l'efficacia degli IE nel migliorare le conoscenze sullo SC (Willette et al., 2007). Tuttavia è anche emerso che la conoscenza della malattia e della sua gestione è una condizione necessaria ma non sufficiente a determinare un cambiamento dei comportamenti (Roncalli et al., 2009, Powell et al., 2008, Clark et al., 2009). Alcuni studi hanno anche enfatizzato l'importanza di valutare il livello di conoscenza della malattia prima di attuare programmi di educazione (Jourdain et al., 2007).

Gli effetti degli IE sulla riospedalizzazione sono contrastanti: le review prese in esame mostrano una significativa riduzione sia delle giornate di degenza sia delle riammissioni ospedaliere (Boren et al., 2009, Baker et al., 2005a). Invece, risultati di RCT dimostrano che la riduzione della riospedalizzazione e della mortalità non siano significative per effetto degli IE (Jaarsma et al., 2008). I dati sulla mortalità sono ancora inconcludenti (Boren et al., 2009).

Discussione

Dall'analisi della letteratura si evince che gli interventi educativi più efficaci siano quelli individualizzati e ripetuti nel tempo. Fornire solo conoscenze è necessario ma

Tabella 3 - Contenuti degli interventi educativi

<p>Attività fisica giornaliera 30 minuti al giorno per 5 giorni la settimana. Le attività incluse sono: camminare, nuotare, andare in bicicletta ed altre attività fisiche aerobiche.</p>	<p>Un'attività fisica regolare è associata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del flusso sanguigno e della densità capillare muscolo-scheletrica - Miglioramento della funzionalità endoteliale attraverso un maggiore rilascio di ossido nitrico - Modifiche di dimensioni e composizioni delle fibre muscolari scheletriche
<p>Dieta iposodica 3000 mg di cloruro di sodio nella dieta in pazienti con scompenso cardiaco lieve (Classe NYHA I e II) e 2000 mg in quelli con scompenso cardiaco severo (NYHA III e IV) I pazienti hanno bisogno di essere educati su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lettura delle etichette degli alimenti di tutti quei cibi lavorati (prodotti in scatola, surgelati, insaccati) - Nei ristoranti o a casa di amici e parenti chiedere che non sia aggiunto il sale nella cottura delle pietanze - Mangiare cibi che contengono potassio (es. patate dolci, verdura, spinaci, funghi, legumi, piselli, banane pomodori, succo di pomodoro) - Evitare salumi, cibi in salamoia o affumicati, zuppe (in scatola o fatte nei ristoranti) ed i fast-food 	<p>La ritenzione di sodio e di liquidi, praticamente costante nel quadro clinico dello scompenso, è una diretta conseguenza della riduzione dell'efficacia contrattile del cuore. In queste condizioni la ritenzione idrosalina tende a sovraccaricare ulteriormente il lavoro del cuore, peggiorandone la situazione emodinamica e quindi la sintomatologia ed il quadro clinico del paziente.</p>
<p>Gestione della terapia Utilizzare dei "Pill-Box" che possono aiutare a tracciare l'assunzione dei farmaci; essi hanno delle sezioni divise per i giorni della settimana; impostare con cadenza regolare un unico giorno per riempire il contenitore.</p>	<p>Una buona prognosi dello SC e la qualità di vita dei pazienti sono significativamente migliorate grazie all'impiego di farmaci combinati.</p>
<p>Monitoraggio del peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesarsi tutti i giorni; - Usare la stessa bilancia, pesarsi alla stessa ora del giorno, con lo stesso tipo di abbigliamento, dopo la minzione e prima del pasto-Comunica al medico o all'infermiere un aumento di peso eccessivo (1 kg in un giorno, 2,5 Kg in una settimana) 	<p>Il peso rappresenta un campanello di allarme nella ritenzione dei liquidi. Se vi è un'eccessiva ritenzione di liquidi, il cuore, scompenso, compie più fatica per pompare il sangue.</p>

segue tabella

Comprensione dei sintomi e cosa fare se peggiorano

I sintomi più comuni sono stanchezza, dispnea ed edema. Bisogna porre attenzione ai seguenti segnali d'avvertimento:

- Respiro corto che non riguarda l'esercizio o lo sforzo;
- Incremento del gonfiore delle gambe o delle caviglie;
- Gonfiore o dolore addominale;
- Disturbi del sonno (risveglio con dispnea, utilizzo di più cuscini).
- Frequente tosse secca, aumento della fatica.

I pazienti hanno bisogno di:

- Riconoscere i sintomi di un peggioramento dello SC
- Comprendere quali azioni di auto gestione mettere in atto per intervenire, minimizzare o attenuare i sintomi

La capacità di riconoscere il peggioramento dei sintomi dello SC è alla base delle pratiche di auto cura del paziente. Riconoscerli significa intervenire tempestivamente ed evitare le complicanze che indurrebbero all'utilizzo dei servizi di emergenza

Visite di follow-up

I frequenti follow-up riducono gli effetti negativi di una terapia farmacologica che può condurre il paziente al ricovero ospedaliero e favoriscono il controllo della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca, del peso, della funzionalità polmonare, la valutazione soggettiva dei pazienti dei segni e dei sintomi di sovraccarico di liquidi

non sufficiente per modificare i comportamenti dei pazienti con SC ed è preferibile che sia il paziente a porre domande e a scegliere gli argomenti da approfondire. Sulla base delle raccomandazioni disponibili gli IE devono essere focalizzati sull'importanza dell'attività fisica, la gestione della terapia, il monitoraggio del peso, il riconoscimento dei sintomi e cosa fare se essi peggiorano. È importante che il paziente che riceve l'intervento educativo sia monitorizzato nel tempo. In questo, il follow-up rinforza i comportamenti finalizzati all'aderenza. Il telemonitoraggio oltre ad essere riconosciuto come migliore intervento è anche efficace nella riduzione delle riospedalizzazioni. A prescindere dalla tipologia di IE è necessario considerare l'apprendimento dei pazienti. La letteratura evidenzia un gap tra le informazioni che il paziente riceve e quelle che effettivamente comprende (Boren et al., 2009), a causa del deterioramento cognitivo che accompagna lo SC che limita l'aderenza ai comportamenti orientati alla gestione della propria malattia.

Il ruolo infermieristico è centrale per la valutazione della modalità educativa da espletare. Inoltre le competenze di coordinamento infermieristiche si sono dimostrate necessarie negli interventi educativi con equipe multidisciplinari. Gli infermieri specialisti nello SC sono in grado di fornire le competenze pratiche e la motivazione in modo individualizzato ed una educazione evidence-based in relazione ai pazienti da lui assistiti. Gli obiettivi dell'educazione devono essere quelli di aiutarlo a partecipare attivamente alla propria cura, a fare scelte informate riguardo al trattamento ed ai comportamenti sulla salute e ad impegnarsi nel self-care con competenza e fiducia (Rankin SH 2001; Martens K 2001). La letteratura riporta risultati significativi rispetto all'impatto positivo ottenuto dai pazienti nell'educazione all'aderenza farmacologica (Stromberg et al., 2003). Gli infermieri specialisti nello SC sono in grado di fornire le competenze pratiche e incidere sulla motivazione tenendo presenti le caratteristiche individuali. Gli obiettivi dell'educazione devono essere mirati alla partecipazione attiva alla propria cura e a fare scelte informate riguardo al trattamento. Le conoscenze fornite al paziente aumentano la percezione di controllo e facilitano l'adattamento alla cronicità e ai comportamenti di self-care. Uno studio recente in cui è stata testata la teoria del self-care di Riegel e Dickson (Vellone et al., 2013) ha enfatizzato come l'aderenza ai trattamenti e soprattutto il monitoraggio dei sintomi sia un predittore di buona parte del processo di self-care nel paziente con scompenso cardiaco.

Conclusioni

Lo SC è una delle diagnosi più frequenti nella popolazione anziana che comporta dei costi significativi per la sanità pubblica. Gli infermieri giocano un ruolo chiave nella gestione della malattia e nel miglioramento del self-care dei pazienti. In tal senso l'infermiere deve sviluppare competenze specifiche per motivare i pazienti ad essere aderenti ai trattamenti. I risultati suggeriscono che gli infermieri dovrebbero riconsiderare e riprogettare le iniziative educative includendo IE individualizzati i cui contenuti dovrebbero riflettere i bisogni di apprendimento dei singoli pazienti in un particolare momento del loro vissuto.

L'educazione deve rendere la malattia ed i suoi sintomi più facilmente comprensibili al paziente. La preparazione al self-care dei pazienti con malattie croniche si è sempre appoggiata sul presupposto che esse richiedono delle conoscenze e delle abilità pratiche.

Diversi esperti sono concordi nell'affermare che i trattamenti per lo SC debbano migliorare lo stato di salute, incrementare il controllo dei pazienti sulla loro condizione rendendoli "pro-attivi", cercando altresì di ridurre l'uso di servizi di assistenza sanitaria che risultino costosi ed inefficaci. L'educazione può essere ulteriormente migliorata

combinando l'esperienza clinica con le nuove tecnologie della comunicazione che permettono diverse forme di tele assistenza; un aspetto, questo, che potrebbe essere preso in considerazione per la ricerca futura.

Bibliografia

- Adamson, P. B. 2013. *Aging with heart failure: physiological assessments and risk for hospital admission*. *J am coll cardiol*, 61, 643-4.
- Age.na.s. 2012. "programma valutazione esiti (pne) ed. 2012, sdo 2005-2011." retrieved 28/09/2012, 2012, from http://151.1.149.72/pne11_new/.
- Albert, N. M., Buchsbaum, R. & Li, J. 2007. *Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors*. *Patient educ couns*, 69, 129-39.
- Bakan, G. & Akyol, A. D. 2008. *Theory-guided interventions for adaptation to heart failure*. *J adv nurs*, 61, 596-608.
- Baker, D. W., Asch, S. M., Keeseey, J. W., Brown, J. A., Chan, K. S., Joyce, G. & Keeler, E. B. 2005a. *Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation*. *J card fail*, 11, 405-13.
- Baker, D. W., Brown, J., Chan, K. S., Dracup, K. A. & Keeler, e. B. 2005b. *A telephone survey to measure communication, education, self-management, and health status for patients with heart failure: the improving chronic illness care evaluation (icice)*. *J card fail*, 11, 36-42.
- 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*. *J card fail*, 17, 789-96.
- Balk, A. H., Davidse, W., Dommelen, P., Klaassen, E., Caliskan, K., Van Der Burgh, P. & Leenders, C. M. 2008. *Tele-guidance of chronic heart failure patients enhances knowledge about the disease. A multi-centre, randomised controlled study*. *Eur j heart fail*, 10, 1136-42.
- Boren, S. A., Wakefield, B. J., Gunlock, T. L. & wakefield, d. S. 2009. *Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence*. *Int j evid based healthc*, 7, 159-68.
- 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*. *Eur j cardiovasc nurs*, 12, 39-46.
- Boyde, M., Turner, C., Thompson, D. R. & Stewart, S. 2011. *Educational interventions for patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials*. *J cardiovasc nurs*, 26, e27-35.
- Clark, A. M., Freyberg, C. N., Mcalister, F. A., Tsuyuki, R. T., Armstrong, P. W. & Strain, L. A. 2009. *Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care*. *Eur j heart fail*, 11, 617-21.
- Delaney, C. & Apostolidis, B. 2010. *Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership*. *J cardiovasc nurs*, 25, e27-40.
- Dewalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D. W., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Holmes, M., Weinberger, M., Macabasco-O'Connell, A. & Pignone, m. 2009.

- Comparison of a one-time educational intervention to a teach-to-goal educational intervention for self-management of heart failure: design of a randomized controlled trial.* *Bmc health serv res*, 9, 99.
- Dewalt, D. A., Malone, R. M., Bryant, M. E., Kosnar, M. C., Corr, K. E., Rothman, R. L., Sueta, C. A. & Pignone, M. P. 2006. *A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial* [isrctn11535170]. *Bmc health serv res*, 6, 30.
 - Dewalt, D. A., Pignone, M., Malone, R., Rawls, C., Kosnar, M. C., George, G., Bryant, B., Rothman, R. L. & Angel, B. 2004. *Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure.* *Patient educ couns*, 55, 78-86.
 - Dunbar, S. B., Clark, P. C., Deaton, C., Smith, A. L., de, A. K. & O'Brien, M. C. 2005. *Family education and support interventions in heart failure: a pilot study.* *Nurs res*, 54, 158-66.
 - Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K. & Da Silva, M. 2010. *Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: a systematic review.* *Eur j cardiovasc nurs*, 9, 30-7.
 - Gonseth, J., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R. & Rodriguez-Artalejo, F. 2004. *The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports.* *Eur heart j*, 25, 1570-95.
 - Holst, M., Willenheimer, R., Martensson, J., Lindholm, M. & Stromberg, A. 2007. *Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care.* *Eur j cardiovasc nurs*, 6, 153-9.
 - Inglis, S. C., Clark, R. A., Mcalister, F. A., Ball, J., Lewinter, C., Cullington, D., Stewart, S. & Cleland, J. G. 2010. *Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure.* *Cochrane database syst rev*, cd007228.
 - Jaarsma, T., Halfens, R., Huijter Abu-Saad, H., Dracup, K., Gorgels, T., Van Ree, J. & Stappers, J. 1999. *Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure.* *Eur heart j*, 20, 673-82.
 - Jaarsma, T., Stromberg, A., Ben Gal, T., Cameron, J., Driscoll, A., Duengen, H. D., Inkrot, S., Huang, T. Y., Huyen, N. N., Kato, N., Koberich, S., Lupon, J., Moser, D. K., Pulignano, G., Rabelo, E. R., Suwanno, J., Thompson, D. R., Vellone, E., Alvaro, R., Yu, D., Riegel, B. 2013. *Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide.* *Patient educ couns*. 2013 apr 8. Doi:pii: s0738-3991(13)00090-6. 10.1016/j.pec.2013.02.017. [epub ahead of print].
 - Jaarsma, T., Van der Wal, M. H., Lesman-leegte, I., Luttik, M. L., Hogenhuis, J., Veeger, N. J., Sanderman, R., Hoes, A. W., Van Gilst, W. H., Lok, D. J., Dunselman, P. H., Tijssen, J. G., Hillege, H. L. & Van Veldhuisen, D. J. 2008. *Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: coordinating study evaluating outcomes of advising and counseling in heart failure (coach).* *Arch intern med*, 168, 316-24.
 - Jourdain, P., Funck, F., Bellorini, M., Tessier, S., Lejeune, N., Loiret, J., Thebault, B., Elhallak, A., Guillard, N., Abiaad, J., Genevelle, S. & Delattre, A. 2007. [perception and understanding chronic heart failure by the patient. The impact of therapeutic education on the level of knowledge of patients. About 350 cases]. *Arch mal coeur vaiss*, 100, 163-74.
 - Jradi, H., Zaidan, A. & Shehri, A. M. 2013. *Public health nursing education in saudi arabia.* *J infect public health*, 6, 63-8.
 - Juilliere, Y., Trochu, J. N., Jourdain, P., Roncalli, J., Gravouelle, E., Guibert, H., Lambert, H., Spinazze, L., Tallec, N., Beauvais, F., Ertzinger, C. & Jondeau, G. 2006. *Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the french i-care project.* *Int j cardiol*, 113, 355-63.

- Karlsson, M. R., Edner, M., Henriksson, P., mejhert, M., persson, H., Grut, M. & Billing, E. 2005. *A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most*. Patient educ couns, 58, 146-53.
- Kodiath, M., Kelly, A. & Shively, M. 2005. *Improving quality of life in patients with heart failure: an innovative behavioral intervention*. J cardiovasc nurs, 20, 43-8.
- Koelling, T. M., Johnson, M. L., Cody, R. J. & Aaronson, K. D. 2005. *Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure*. Circulation, 111, 179-85.
- Kommuri, N. V., Johnson, M. L. & Koelling, T. M. 2012. *Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial*. Patient educ couns, 86, 233-8.
- Kutzleb, J. & Reiner, D. 2006. *The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure*. J am acad nurse pract, 18, 116-23.
- Lupon, J., Gonzalez, B., Mas, D., Urrutia, A., Arenas, M., Domingo, M., Altimir, S. & Valle, V. 2008. *Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European heart failure self-care behaviour scale*. Eur j cardiovasc nurs, 7, 16-20.
- Martensson, J., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Karlsson, J. E. & Fridlund, B. 2005. *Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression*. Eur j heart fail, 7, 393-403.
- Otsu, H. & Moriyama, M. 2012. *Follow-up study for a disease management program for chronic heart failure 24 months after program commencement*. Jpn j nurs sci, 9, 136-48.
- Powell, L. H., Calvin, J. E., jr, Mendes De Leon, C. F., Richardson, D., Grady, K. L., Flynn, K. J., Rucker-whitaker, C. S., Janssen, I., Kravitz, G. & Eaton, C. 2008. *The heart failure adherence and retention trial (hart): design and rationale*. Am heart j, 156, 452-60.
- Riegel, B. & Dickson, V. V. 2008. *A situation-specific theory of heart failure self-care*. J cardiovasc nurs, 23, 190-6.
- Riegel, B., Dickson, V. V., Hoke, L., Memahon, J. P., Reis, B. F. & Sayers, S. 2006. *A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness*. J cardiovasc nurs, 21, 232-41.
- Riegel, B., Lee, C. S. & Dickson, V. V. 2011. *Self care in patients with chronic heart failure*. Nat rev cardiol, 8, 644-54.
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., Gurvitz, M. Z., Havranek, E. P., Lee, C. S., Lindenfeld, J., Peterson, P. N., Pressler, S. J., Schocken, D. D. & Whellan, D. J. 2009. *State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association*. Circulation, 120, 1141-63.
- Rodriguez-Gazquez Mde, L., Arredondo-Holguin, E. & Herrera-Cortes, R. 2012. *Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial*. Rev lat am enfermagem, 20, 296-306.
- Roncalli, J., Perez, L., Pathak, A., Spinazze, L., Mazon, S., Lairez, O., Curnier, D., Fourcade, J., Elbaz, M., Carrie, D., Puel, J., Fauvel, J. M. & Galinier, M. 2009. *Improvement of young and elderly patient's knowledge of heart failure after an educational session*. Clin med cardiol, 3, 45-52.
- Seibert, P. S., Whitmore, T. A., Patterson, C., Parker, P. D., Otto, C., Basom, J., Whitener, N. & Zimmerman, C. G. 2008. *Telemedicine facilitates CHF home health care for those with systolic dysfunction*. Int j telemed appl, 235031.
- Shearer, N. B., Cisar, N. & Greenberg, E. A. 2007. *A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure*. Heart lung, 36, 159-69.
- Shively, M., Kodiath, M., Smith, T. L., Kelly, A., Bone, P., Fetterly, L., Gardetto, N., Shabetai,

- R., Bozzette, S. & Dracup, K. 2005. *Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial*. Patient educ couns, 58, 27-34.
- Smith, C. E., Koehler, J., Moore, J. M., Blanchard, E. & Ellerbeck, e. 2005. *Testing videotape education for heart failure*. Clin nurs res, 14, 191-205.
 - Stromberg, A., Dahlstrom, U. & Fridlund, B. 2006. *Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life*. Patient educ couns, 64, 128-35.
 - Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B., Levin, L. A., Karlsson, J. E. & Dahlstrom, U. 2003. *Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial*. Eur heart j, 24, 1014-23.
 - Tsuyuki, R. T., Fradette, M., Johnson, J. A., Bungard, T. J., Eurich, D. T., Ashton, T., Gordon, W., Ikuta, R., Kornder, J., Mackay, E., Manyari, D., O'Reilly, K. & Semchuk, W. 2004. *A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure*. J card fail, 10, 473-80.
 - Vellone E, Fida R, Cocchieri A, Sili A, Piras G, Alvaro A. 2011. *Positive and negative impact of caregiving to older adults: a structural equation model*. Prof inferm 64, 237-248.
 - Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Glaser, D., Rocco, G. & Alvaro, R. 2012. *Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index*. J cardiovasc nurs. 28(3):245-255.
 - Vellone, E., Riegel, B., D'Agostino F, Fida R, Rocco G, Cocchieri A, Alvaro R. *Structural Equation Model Testing the Situation-specific Theory of Heart Failure Self-Care*. Journal of Advanced Nursing. 69(11), 2481-2492. DOI: 10.1111/jan.12126.
 - Wakefield, B. J., Boren, S. A., Groves, P. S. & Conn, V. S. 2013. *Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes*. J cardiovasc nurs, 28, 8-19.
 - Westlake, C., Evangelista, L. S., Stromberg, A., Ter-Galstanyan, A., Vazirani, S. & Dracup, k. 2007. *Evaluation of a web-based education and counseling pilot program for older heart failure patients*. Prog cardiovasc nurs, 22, 20-6.
 - Willette, E. W., Surrells, D., Davis, L. L. & Bush, C. T. 2007. *Nurses' knowledge of heart failure self-management*. Prog cardiovasc nurs, 22, 190-5.
 - Yehle, K. S. & Plake, K. S. 2010. *Self-efficacy and educational interventions in heart failure: a review of the literature*. J cardiovasc nurs, 25, 175-88.
 - Yehle, K. S., Sands, L. P., Rhynders, P. A. & Newton, G. D. 2009. *The effect of shared medical visits on knowledge and self-care in patients with heart failure: a pilot study*. Heart lung, 38, 25-33.

Referente

Dott. Carlo Federico Spatola

Dipartimento Cardiovascolare, U.O. Chirurgia Vascolare

A.O. Cannizzaro Catania

Via Messina, 829 - Catania

Tel. 095-7263341-3342 - Cell. 3336092933

E-mail: carlofederico.spatola@aoec.it

Norme editoriali e modalità di abbonamento

La collaborazione è aperta a tutti e gli articoli firmati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La Direzione si riserva in ogni caso l'accettazione dei lavori. La *proprietà letteraria ed artistica* di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione anche parziale di quanto pubblicato su *Igiene e Sanità Pubblica* purché ne sia citata la fonte.

I lavori, apolitici ed inediti, debbono essere inviati a *Igiene e Sanità Pubblica* presso:

- Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"

Referente: Flavia Battioni - e-mail: flaviabattioni@libero.it

specificando quale sia il referente fra gli Autori citati nel lavoro con indicazione completa del recapito (qualifica, istituto/ente di appartenenza, indirizzo, telefono, fax, e-mail).

I lavori degli abbonati godono della precedenza nella pubblicazione. Gli articoli dovranno pervenire alla *Redazione di Igiene e Sanità Pubblica* su supporto magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente Windows). Il materiale inviato, anche se non pubblicato, non verrà restituito.

Ogni articolo dovrà essere così composto:

- Titolo (in italiano e inglese)
- Nome e Cognome (per esteso) di ogni autore
- Ad ogni autore deve corrispondere una sola qualifica ed un solo ente. Si prega di utilizzare solo i seguenti simboli per distinguere le qualifiche degli autori: * o ° o ^ . Ognuno di questi simboli può essere ripetuto fino a tre volte (*, **, ***, °, °°, °°, ^, ^, ^ ^ ^). Come nell'esempio: Francesco Rossi*, Giorgio Verdi**, Maria Teresa Gialli***, Riccardo Bianchi°, Barbara Viola°, Alice Celesti°, Carlo Blu ^, Omar Neri ^ ^, Vittorio Grigi ^ ^ ^.
- Parole chiave, massimo 4 in italiano e in inglese.
- Riassunto, non deve superare i 500 caratteri e deve essere redatto in italiano, e inglese, utilizzando un linguaggio conciso, evitando le abbreviazioni ed usando la terza persona. In conformità a raccomandazione dell'Unesco è desiderabile che il riassunto-sommario sia posto all'inizio del lavoro e contenga, nell'ordine, lo scopo delle indagini che ne formano l'oggetto, le osservazioni eseguite, le conclusioni tratte, nonché, se possibile, i punti essenziali di ogni teoria, apparecchio o tecnica avente carattere di novità. Gli Autori sono pregati di rivedere accuratamente il riassunto-sommario, eliminando parole non strettamente necessarie, chiarendo eventuali punti oscuri e facendo particolare attenzione alla terminologia scientifica, ai nomi propri, ai dati numerici ed alle formule chimiche e matematiche.
- Articolo, massimo 18.000 caratteri spazi inclusi (8 pagine compresa la bibliografia), €170,00. Per ogni ulteriore pagina (2.700 caratteri spazi inclusi) il costo è fissato a €10,00.
- Tabelle e grafici/immagini fino ad un massimo di 3 per articolo sono inclusi nel contributo. Gli eventuali grafici e tabelle dovranno in ogni caso essere accompagnati dai dati grezzi necessari per la loro realizzazione. Per ogni grafico/immagine e tabella in più il costo è fissato a €13,00.

Per gli estratti (solo in formato digitale) rivolgersi all'Editore: abbonamenti@panoramasanita.it.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2013

Ordinario (Enti, Aziende) 75 euro, Personale (Individuale) 60 euro, Abbonamento Socio SItI 55 euro.

Estero 100 euro.

Il versamento va effettuato sul c/c postale 89920847 intestato a Edizioni Panorama della Sanità- Roma, o a mezzo bonifico bancario Banca Popolare di Sondrio IBAN IT10N056960321100008992X72.

Inviare all'editore Edizioni Panorama della Sanità per lettera o fax comunicazione dell'avvenuto versamento per dare corso all'invio della Rivista.

Per ogni controversia è competente il Foro di Roma. L'Amministrazione non risponde di eventuali disguidi postali. I reclami devono pervenire subito dopo l'arrivo del fascicolo successivo al disguidato. Il costo del fascicolo arretrato è doppio di quello di copertina; per annata arretrata il costo è pari al canone di abbonamento ordinario dell'anno cui si riferisce, maggiorato del 50%.

Indice

Editoriale

A. Muzzi, A. Panà Elegia per il Servizio sanitario nazionale	491
--	-----

Parte Scientifica e Pratica

A. Pavan, M. Longo, I. Giusepi, L. Macchi Nuovo ruolo del dipartimento nell'ospedale per aree omogenee	497
S. Sernia, P. Arcaro, M. Ortis, G. La Torre Protocollo per la Prevenzione e il Controllo del Rischio di Tubercolosi nelle strutture sanitarie	505
G. Roberti, C. Franco, G. Pimpinella, P. Piscioneri, A. Primavera, B. Bonannini, M. Calvo, I. Pavese, M. Di Palma, R. Fiore La redazione del Bilancio Sociale nelle strutture sanitarie. Esperienza negli ospedali Fatebenefratelli	519
G. Quaranta, P. Laurenti, E. Di Marco, G. Ricciardi Studio comparativo delle notifiche di tossinfezioni alimentari in Italia, a livello regionale, prima e dopo l'abolizione del Libretto di Idoneità Sanitaria per gli operatori alimentaristi, nel periodo 1996-2009	537

Note di Aggiornamento

C. F. Spatola, A. Cocchieri, M.G. De Marinis, E. Vellone, R. Alvaro Gli interventi educativi per i pazienti con scompenso cardiaco: una sintesi della letteratura	557
---	-----

Note di Approfondimento

G. Zicari, V. Soardo, D. Rivetti, E. Cerrato, D. Russo Bestiame e rischio microbiologico	575
--	-----

Politiche Vaccinali

M. Battistella, C. Carlino, V. Dugo, P. Ponzio, E. Franco Vaccini ed autismo: un mito da sfatare	585
--	-----

Index

- The Elegy for National Health Service	491
---	-----

Research and Practice

- New role for hospital department directors in a Milan hospital, Italy	497
- Control and prevention of tuberculosis in healthcare facilities	505
- The Social Report drafting in healthcare facilities. Experiences in Fatebenefratelli's Hospitals	519
- Frequency of food-borne infections in an Italian region, before and after abolishing food worker health cards, 1996-2009	537

Update Note

- Educational interventions in patients with heart failure: a review of the literature	557
--	-----

In depth Note

- Livestock and microbiological risk (a review)	575
---	-----

Vaccinal Politics

- Vaccines and autism: a myth to debunk	585
---	-----