

Scompenso cardiaco: meno ricoveri con la formazione del caregiver

I risultati di uno studio condotto nell'ambito della Medicina Generale in provincia di Modena hanno dimostrato che applicando un intervento mirato all'educazione del caregiver per la gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco si genera una riduzione delle ospedalizzazioni

Maria Stella Padula - *Vice-Presidente SIMG Emilia-Romagna*

Gaetano D'Ambrosio - *Presidente SIMG Puglia*

Lo scompenso cardiaco (SC) è attualmente una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale; si prevede che in futuro continuerà ad aumentare la sua prevalenza in ragione dell'invecchiamento della popolazione e della diminuzione della mortalità in fase acuta della malattia coronarica.

Una parte dei pazienti con scompenso cardiaco sono costretti al proprio domicilio, a causa dell'invecchiamento o di altre patologie che comportano significative disabilità.

Le frequenti riacutizzazioni e i conseguenti ricoveri ospedalieri contribuiscono alla progressione della malattia, peggiorando la qualità della vita del paziente e aumentando i costi dell'assistenza. È noto che in proporzione significativa, fino al 50%, i ricoveri ripetuti nei pazienti con scompenso cardiaco sono inappropriati perché determinati da fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili.

Per questo, un follow-up accurato e controlli appropriati eseguiti a domicilio da un caregiver ade-

guatamente addestrato, possono ridurre la frequenza dei ricoveri.

► Lo studio

Allo scopo di verificare se l'educazione del caregiver, con una modalità a bassa complessità e basso costo, attuabile nel setting della Medicina Generale, può ridurre i ricoveri dei pazienti con scompenso cardiaco abbiamo condotto uno studio clinico randomizzato e controllato.

I medici di medicina generale operanti nella ASL di Modena sono stati invitati a individuare i propri pazienti con scompenso trattati esclusivamente a domicilio e seguiti da un caregiver stabile.

Quindi sono stati randomizzati in due gruppi:

a) gruppo di controllo, nel quale i pazienti hanno continuato a essere gestiti come al solito;

b) gruppo di intervento, nel quale i pazienti e i loro caregiver hanno ricevuto una formazione personalizzata.

L'intervento educativo è stato condotto individualmente a domi-

cilio con l'obiettivo di mettere i caregiver in grado di riconoscere i sintomi e i segni precoci di scompenso, registrando in un diario alcuni parametri del paziente come peso corporeo, pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

I pazienti sono stati valutati all'arruolamento, e al termine di un follow-up di 12 mesi.

Hanno aderito allo studio 101 Mmg su 515 in possesso dei criteri di eleggibilità.

Sono stati arruolati 313 pazienti (163 nel gruppo di intervento, 150 nel gruppo di controllo), 63% donne, età media 85.3±7.7 anni.

Non c'erano differenze clinicamente rilevanti tra i due gruppi riguardo al tipo di assistenza, la classe NYHA e la prevalenza delle principali comorbidità.

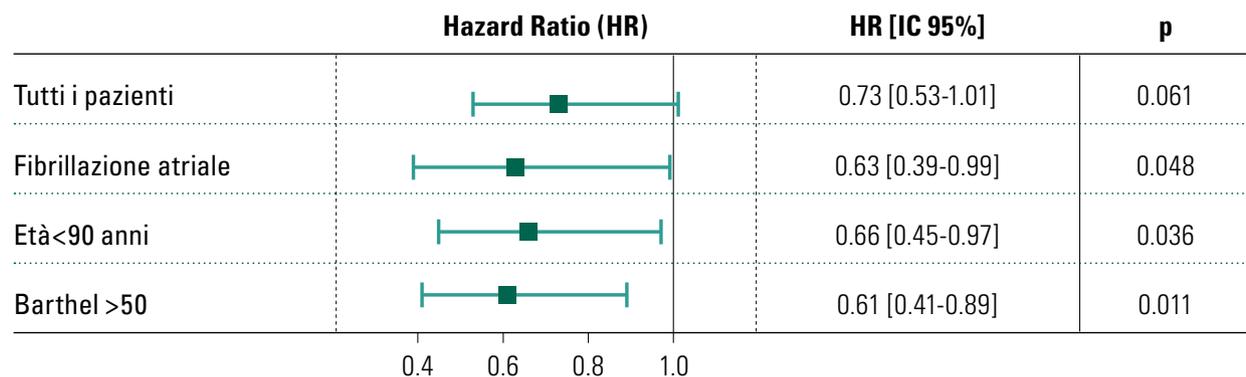
► Risultati

I risultati della ricerca sono rappresentati nella *figura 1*.

Al termine del follow-up di 12 mesi, nel gruppo di intervento si è osservata una incidenza di ricoveri del 27% inferiore rispetto al gruppo di controllo ma la diffe-

Figura 1

Rischio relativo di ricovero nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo



renza non ha raggiunto la significatività statistica ($p=0.061$).

L'analisi per sottogruppi, invece, ha mostrato che una riduzione significativa dell'incidenza dei ricoveri si riscontra nei pazienti con fibrillazione atriale persistente/permanente, età inferiore ai 90 anni o indice di Barthel ≥ 50 . Questi risultati ci inducono a considerare l'importanza di disporre di un caregiver formato nella gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco.

► **Conclusioni**

L'ottimizzazione della terapia medica, infatti, è solo una delle strategie adottabili per ridurre la necessità di ricoverare ripetutamente il paziente, mentre l'adozione di modelli assistenziali più o meno complessi e basati sulla gestione domiciliare può essere almeno altrettanto efficace.

Studi precedenti hanno dimostrato che con vari modelli di cure domiciliari, generalmente gestiti da infermieri ospedalieri, sia possibile migliorare l'assistenza al pa-

ziente e ridurre i ricoveri ripetuti dei pazienti dimessi con una diagnosi di scompenso cardiaco. Per quello che ci è dato sapere, il nostro studio è stato il primo ad analizzare la possibilità di ottenere risultati simili in pazienti domiciliari con insufficienza cardiaca, anche indipendentemente da una recente dimissione ospedaliera, applicando un intervento mirato all'educazione del caregiver e usando solo le risorse delle cure primarie.

Anche se, nella nostra esperienza, l'educazione del caregiver non ha comportato un beneficio statisticamente significativo, è emersa un'evidente tendenza a favore dell'intervento educativo che si è rivelato sicuramente efficace nei soggetti di età inferiore a 90 anni in quelli con stato funzionale più conservato, come espresso dall'indice Barthel, e nei pazienti con fibrillazione atriale.

Si delinea così il profilo del possibile destinatario ideale di un intervento educativo per lo scompenso che tende a escludere i

pazienti estremamente anziani e quelli con maggiori disabilità nelle attività della vita quotidiana nei quali l'insufficienza cardiaca è solo una componente di uno scenario clinico molto più complesso.

Sono necessari ulteriori studi, con coorti più grandi, per valutare gli effetti dell'educazione e del coinvolgimento del caregiver sull'assistenza domiciliare ai pazienti con insufficienza cardiaca anche se, nella nostra esperienza, condurre una ricerca indipendente, non sponsorizzata, nel contesto delle cure primarie, è risultata un'impresa molto impegnativa per le complesse problematiche organizzative e gestionali che un trial clinico comporta e per la difficoltà nel coinvolgere un numero sufficientemente elevato di Colleghi.

È necessario, quindi, adottare iniziative per sviluppare la cultura della ricerca in Medicina Generale ma anche poter disporre di Dipartimenti di Medicina Generale nelle Cure Primarie che siano di supporto alle attività di ricerca.