

Udine 20 ottobre 2016

Giornata Regionale Qualità e Sicurezza delle Cure

**I PERCORSI DI EDUCAZIONE
TERAPEUTICA NELLA CRONICITÀ
A GARANZIA DELLA
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
OSPEDALE-TERRITORIO**

Marta Pordenon et al

Il contesto

→ Aumento malattie croniche e degenerative

- In Friuli Venezia Giulia il 45% dei cittadini ha almeno una patologia cronica e il 12% ne ha tre o più
- Alle malattie croniche è attribuito l'80% della mortalità e tra il 60 e l'80% dei costi dei servizi sanitari
- A 65 anni, il 16% della popolazione presenta almeno una patologia cronica; tale percentuale aumenta al 25% nelle persone di 75 anni

(Fonte: dati ISTAT)

→ Ospedale come luogo di cura per acuti

→ Frammentazione dei servizi sanitari

I problemi

Per le persone assistite

- elevato impegno assistenziale richiesto alle famiglie
- senso di inadeguatezza delle famiglie

Per i professionisti

- risorse e tempi limitati da dedicare agli interventi educativi soprattutto nel contesto ospedaliero
- assenza di criteri omogenei e formalizzati per educare/addestrare ed effettuare la verifica delle competenze raggiunte dal *caregiver* (livello di autonomia)

**Come migliorare la continuità assistenziale
e la sicurezza delle cure
alla dimissione ospedaliera?**

Le motivazioni

“Salute come capacità di adattarsi e di autogestirsi”

(Machteld Huber et al 2009)

Il paziente e la sua famiglia/*caregiver* sono l'unica costante e hanno quindi un ruolo fondamentale nel garantire la continuità delle cure

(Patient Safety Solutions May 2007)

“L'educazione terapeutica è un processo graduale, integrato nel processo terapeutico...si propone di aiutare la persona e la sua famiglia nella gestione della malattia...”

(Who-Euro, Copenhagen 1998)

...fra i ruoli principali da agire, l'infermiere ha quello educativo e di guida...

(Benner P. 2003; Mertoya R. 2004)

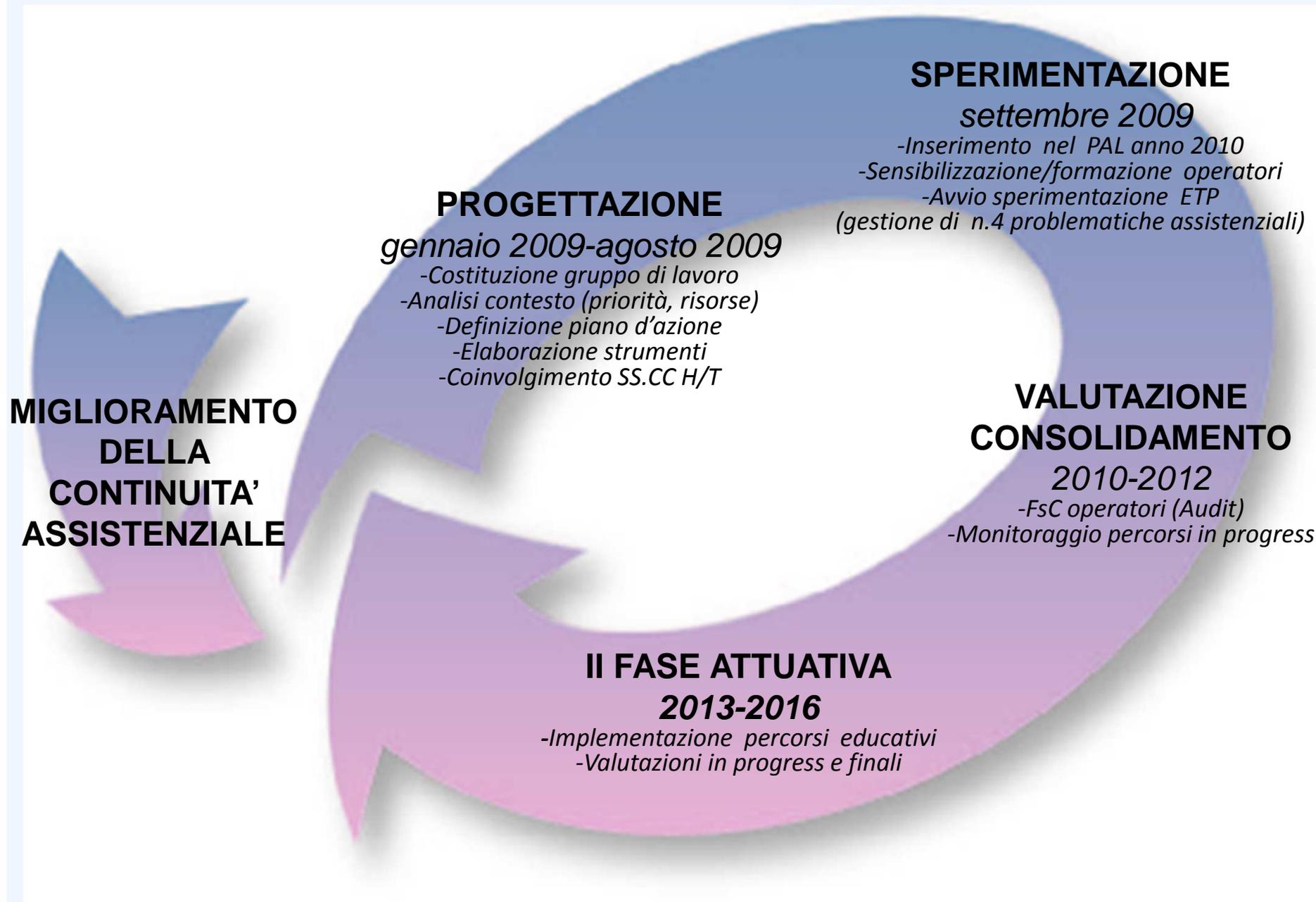
...l'educazione del paziente è una delle funzioni peculiari del *nursing*...

(DM 739 1994; Codice deontologico dell'infermiere 2009)

L'approccio alla cronicità ...

- Garantire la continuità assistenziale e la qualità delle cure: effettuare una presa in carico globale, pianificare la dimissione, coordinare il flusso di informazioni fra i diversi *setting* di cura
- Ottimizzare i tempi e utilizzare adeguatamente le risorse disponibili
- Valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali
- Sviluppare e mantenere le abilità di *self care* e autodeterminazione

Il progetto di miglioramento



Gli obiettivi

1. Migliorare la sicurezza e la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura attraverso l'attivazione di percorsi strutturati di educazione terapeutica (ETP) rivolti ai pazienti e ai loro *caregivers*
2. Migliorare la qualità di vita delle persone assistite e delle loro famiglie
3. Definire alcuni standard assistenziali

Gli indicatori

1. Grado di autonomia raggiunto dai pazienti/*caregivers* a 1 e a 2 mesi dalla dimissione in rapporto al totale dei pazienti inseriti nei percorsi educativi
2. Confronto frequenza accessi infermieristici domiciliari per processi educativi e per altri processi assistenziali nel secondo mese vs il primo dalla dimissione
3. Grado di efficacia percepita dal paziente/*caregiver*
4. Frequenza accessi in PS per problemi non urgenti e ricoveri evitabili nei 6 mesi dalla dimissione

..e i risultati attesi

1. Elevata proporzione di famiglie o nuclei autonomi nella gestione delle problematiche assistenziali a un mese e a due mesi dalla dimissione
2. Bassa frequenza esiti assistenziali negativi
3. Buon livello di efficacia percepita dai pazienti/*caregivers* nella gestione delle problematiche assistenziali
4. Bassa frequenza ricorso al PS per problemi non urgenti-emergenti e ricoveri ripetuti per problemi evitabili

La popolazione target

Tutte le persone residenti nel Distretto Est dell'AAS 2 "Bassa Friulana Isontina" dimesse dalle SS.CC. di Medicina e Chirurgia/Ortopedia dell'Ospedale di Palmanova e RSA, prese in carico a domicilio dall'Infermiere di Comunità, con problematiche assistenziali di nuova insorgenza quali:

- Catetere vescicale a permanenza
- Nutrizione enterale totale attraverso SNG o PEG
- Lesioni da pressione
- Enterostomia
- Trattamento anticoagulante orale
- Diabete
- Disfagia
- Tracheostomia
- Secrezioni dell'albero respiratorio

I percorsi educativi integrati: setting di cura e modalità operative

OSPEDALE

Infermiere clinico/ infermiere di continuità assistenziale

- Identificazione bisogni educativi paziente/*caregiver* e predisposizione del contratto educativo
- Avvio del percorso educativo per il raggiungimento degli **obiettivi educativi di sicurezza**
- Verifiche del livello di autonomia raggiunto in itinere e alla dimissione
- Trasmissione delle informazioni per la continuità

RSA

Infermiere clinico/infermiere di continuità assistenziale

- Presa in carico della persona assistita e verifiche del livello di autonomia
- Avvio e/o prosecuzione del percorso educativo per il raggiungimento o rinforzo degli **obiettivi di sicurezza**
- Verifiche del livello di autonomia in itinere e alla dimissione
- Trasmissione delle informazioni per la continuità

DOMICILIO

Infermiere di comunità

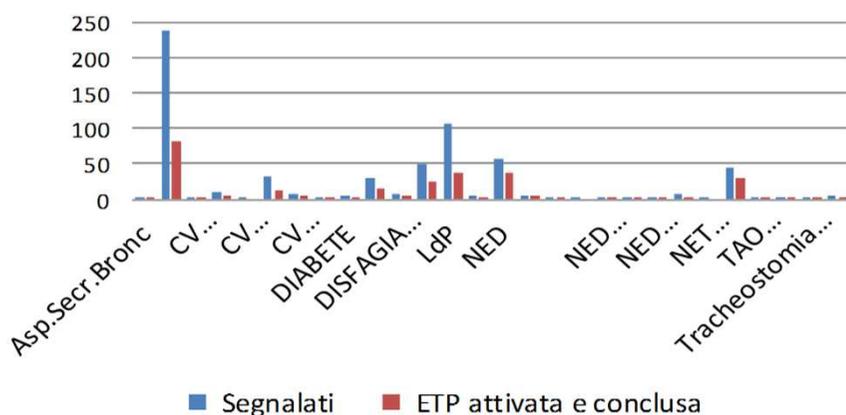
- Presa in carico della persona assistita e verifiche del livello di autonomia
- Rinforzo degli **obiettivi di sicurezza** e sviluppo degli **obiettivi specifici**
- Verifiche del livello di autonomia a 1 e 2 mesi dalla dimissione
- Monitoraggio e supporto costante alla persona e famiglia.
- Indagine sul livello di efficacia percepita a 2 mesi dalla dimissione

I risultati 1)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

- **Segnalazioni al PUA:** n.630
- **Percorsi attivati e completati:** n. 325 per 276 pazienti; 207(75%) pre-dimissione
- **Provenienza:** Ospedale di Palmanova 64%, RSA 32%, Altri ospedali 14%

Pazienti dimessi con attivazione di ETP suddivisi per problematica presente



Caregivers n. 238

Età mediana 58 anni [range 18-92]

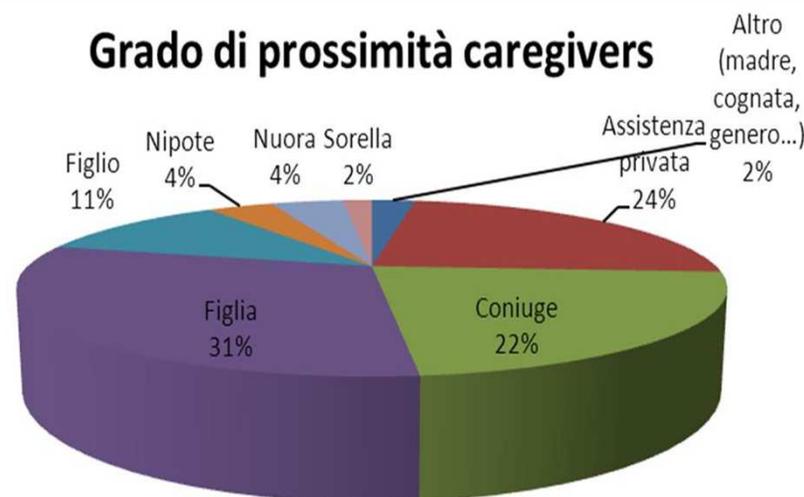
Genere F 192 (81%), M 46 (19%)

Pazienti n. 276 di cui n. 38 (14%) autogestiti

Età mediana 81 anni [range 27-102]

Genere F 185 (67%), M 91 (33%)

Grado di prossimità caregivers



I risultati 2)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Competenze caregiver/paziente post-dimissione

Alla dimissione: n.96 (35%) caregivers/pazienti autogestiti parzialmente autonomi, n. 18 (16%) non autonomi

1 mese post-dimissione: n.32 (12%) caregivers/pazienti autogestiti parzialmente autonomi

2 mesi post-dimissione: n.275 (99,6%) caregivers/pazienti autogestiti completamente autonomi

Accessi infermieristici a domicilio

Δ secondo mese vs il primo dalla dimissione

Accessi per Educazione Terapeutica: - 55%

Accessi per altri processi assistenziali/monitoraggio: - 18%

I risultati 3)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Qualità percepita

A due mesi dalla dimissione ospedaliera: indagine a mezzo di questionario anonimo, a risposte multiple semi-strutturate; 276 (100%) rispondenti

Elevato gradimento per il percorso educativo nei tre *setting* assistenziali (chiarezza e completezza informazioni, libertà di fare domande)

Ricorso ai servizi ospedalieri nei sei mesi post-dimissione

Accessi in PS: 57 (21%) pz con 1 o più accessi, di cui 5 (9%) evitabili

(4 pz. con CV a permanenza per "ritenzione acuta di urina", 1 pz. In TAO per "intossicazione da farmaci in seguito a doppia assunzione della terapia farmacologica")

Ricoveri ospedalieri: 64 (23%) pz con 1 o più ricoveri ospedalieri, 97 episodi di ricovero, di cui 96 non legati a inadeguata gestione assistenziale

(In un solo caso con diagnosi di "Broncopolmonite ab ingestis in paziente sottoposto a nutrizione enterale totale" esitato poi in decesso, il problema era dovuto alla mancata compliance delle figlie assistevano il paziente ed erano risultate autonome al termine del percorso educativo).

Le riflessioni

Popolazione

- Caratteristiche delle risorse attivate (età, grado di prossimità, disponibilità/adesione) e intensità della presa in carico (complessità)
- Necessità di elevata personalizzazione

Competenze *caregiver*/paziente

- Autonomia alla dimissione: 59%
- Autonomia a 1 mese dalla dimissione: 88%
- Autonomia a 2 mesi dalla dimissione: 99,6%

Accessi infermieristici domiciliari

- Nel secondo mese si riducono del 55% per i processi educativi e del 18% per la gestione assistenziale

Qualità percepita

- Buon gradimento di *caregivers*/pazienti autogestiti espresso con l'indagine

Ricorso ai servizio ospedalieri

- Accessi in PS e i reingressi in ospedale legati alla presenza di comorbidità

I punti di forza

- Sensibilizzazione dei professionisti ospedalieri sull'avvio del percorso ETP fin dai primi giorni di degenza
- Condivisione di obiettivi fra i diversi *setting* di cura
- Miglioramento dell'integrazione tra professionisti ospedalieri e territoriali
- Introduzione di metodi e strumenti per lo sviluppo della funzione educativa dei professionisti coinvolti

...e i limiti

- Impossibilità di raccogliere dati sugli accessi a domicilio dell'emergenza sanitaria (118) e non esitati con accesso presso il PS ospedaliero
- Nonostante la validità dell'esperienza e la condivisione attraverso formazione specifica con l'altra area dell'azienda, tuttora la fase attuativa non è realizzata

Le conclusioni

*L'attivazione di percorsi educativi strutturati e integrati
potenzia le conoscenze necessarie
per gestire i problemi assistenziali,
aumenta la compliance al trattamento,
potenzia la capacità di coping
del paziente e del suo caregiver*

*Pur non avendo valutato la qualità della vita
(la cui rilevazione è prevista per il futuro),
la diversa strategia di presa in carico può aver determinato
effetti positivi in tal senso sui pazienti e loro familiari*