

**I percorsi di educazione terapeutica nella cronicità: un'esperienza di buona pratica a garanzia della sicurezza e qualità della continuità assistenziale ospedale-territorio**

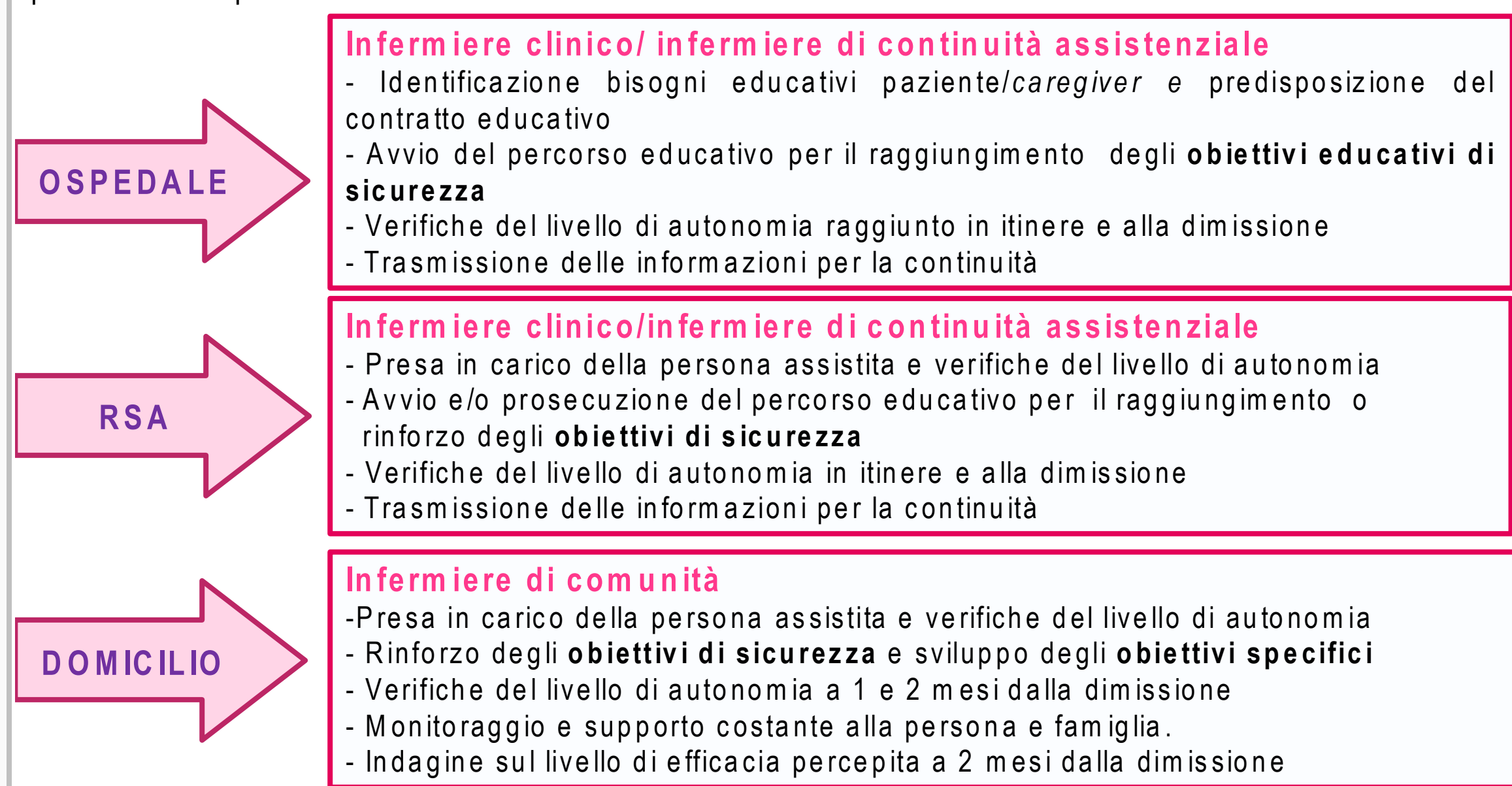
Pordenon Marta, Pellizzari Mara, Pletti Luciano, Rodaro Marisa; Pecini Dina, Grassi Deborah, Stocco Sabrina, Marangoni Moira, Rivignassi Michela, Michelin Paola, Infermieri SS.CC Medicina-Chirurgia-Ortopedia Ospedale di Palmanova, Infermieri R.S.A., Infermieri di Comunità Distretto Est.

**INTRODUZIONE** Nei casi in cui la malattia cronica è fortemente invalidante, l'impegno assistenziale richiesto è molto elevato. Durante il ricovero ospedaliero per un evento acuto, frequentemente è necessario attivare tecniche o competenze "sanitarie" nel paziente e/o nel suo caregiver. In ospedale il tempo disponibile per l'educazione terapeutica (ETP) è limitato e mancavano criteri omogenei e formalizzati di verifica del grado di autonomia raggiunto da chi assiste per una gestione sicura dell'assistenza dopo la dimissione.

**OBIETTIVI** Migliorare la sicurezza e la qualità della cure tra ospedale e territorio attraverso lo sviluppo delle competenze del paziente e del suo caregiver per mezzo di interventi finalizzati di educazione terapeutica; ridurre gli interventi infermieristici a domicilio legati allo svolgimento di alcune semplici tecniche; preservare la domiciliarietà limitando il ricorso ai servizi ospedalieri.

**MODALITA' ORGANIZZATIVE** Da settembre 2009, la continuità assistenziale tra Ospedale di Palmanova e Distretto Est include un progetto integrato di (ETP) volto ad aumentare il numero dei pazienti/caregivers in grado di gestire problematiche di nuova instaurazione dopo un ricovero ospedaliero quali: nutrizione enterale totale, catetere vescicale a permanenza, enterostomia, lesioni da pressione, trattamento anticoagulante orale, disfagia, tracheostomia, secrezioni traqueobronchiali, diabete.

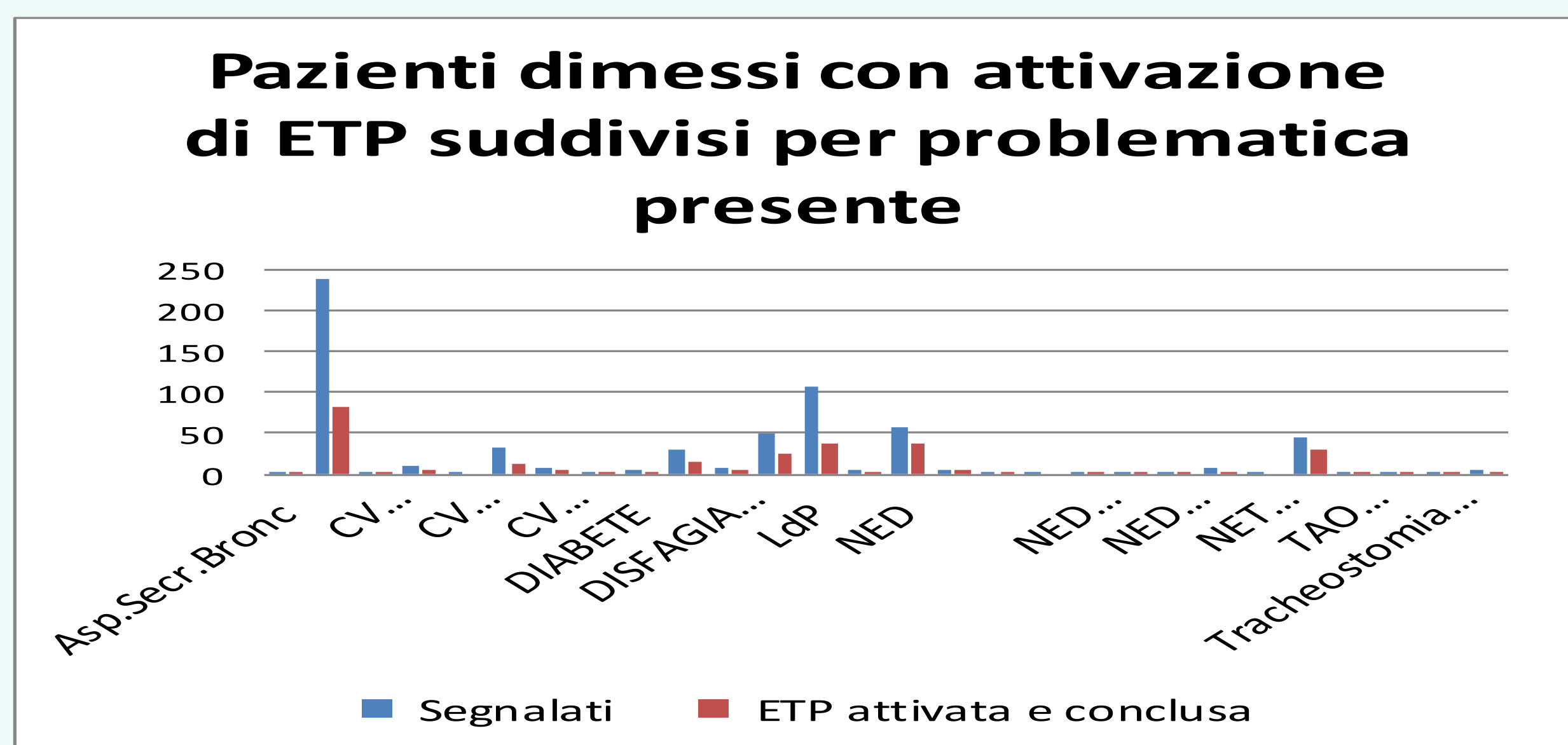
Figura 1. Sintesi delle responsabilità e delle modalità operative in ciascuno dei setting di cura del percorso del paziente.



**RISULTATI 1)**

**Popolazione.** Dal 15.09.2009 al 31.12.2015, sono stati segnalati al territorio complessivamente 630 pazienti; per 276 di loro è stato concluso il percorso educativo integrato che ha riguardato complessivamente la gestione di 325 problematiche assistenziali.

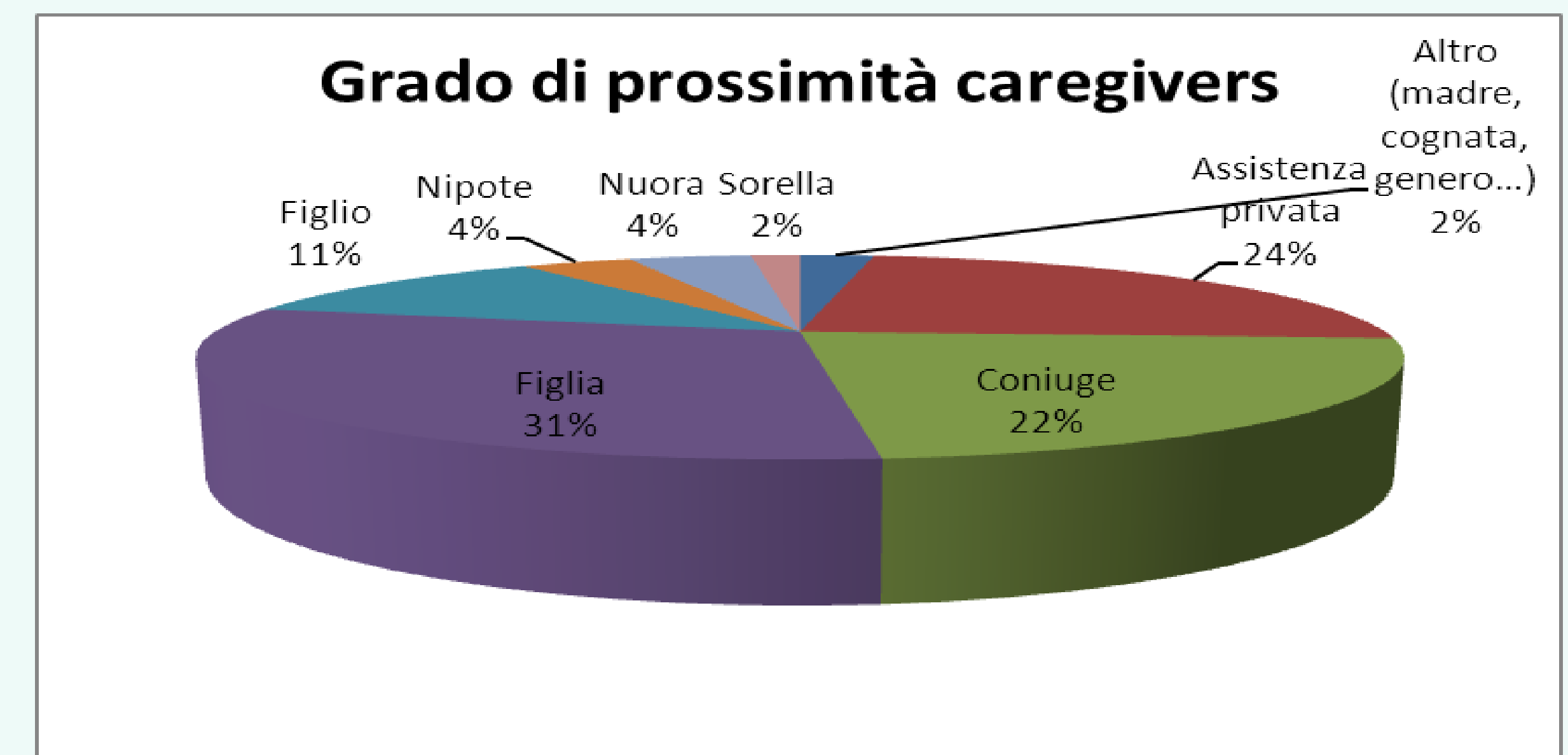
Figura 2. Pazienti dimessi per l'attivazione del percorso integrato di ETP dal 15.09.2009 al 31.12.2015.



I 276 pazienti che avevano concluso il percorso educativo, alla dimissione avevano un'età media di 80,5 anni; (range 27-102). 185 (67%) erano femmine e 91 (33%) maschi. 46 (17%) erano affetti da neoplasia e 30 (11%) da demenza/Morbo di Alzheimer.

Dei 276 pazienti, in 238 (86%) casi il percorso educativo è stato rivolto al caregiver, mentre in 38 (14%) casi al paziente stesso. I 238 caregivers avevano un'età media di 57,5 anni (range 18-92); 192 (81%) erano femmine e 46 (19%) erano maschi. Dei 238 caregivers, 30 (17%) avevano un'età ≥70 anni; 20 (67%) erano femmine e 10 (33%) erano maschi.

Figura 3. Grado di prossimità caregivers dei pazienti dimessi per l'attivazione del percorso integrato di ETP dal 15.09.2009 al 31.12.2015.



**CONCLUSIONI.** L'esperienza presentata documenta un elevato gradimento sia da parte dell'utenza che da parte dei professionisti. I percorsi educativi integrati ospedale/territorio potenziano le conoscenze necessarie per gestire i problemi, aumentano la compliance al trattamento, potenziano la capacità di coping di pazienti/caregivers. Quando un infermiere prende in carico un utente con continuità, aumenta la percezione di sicurezza: i pazienti e i loro caregivers diventano capaci di gestire i problemi per il costante supporto e l'intensa attività educativa. L'autonomia che nel tempo acquisiscono, si traduce in un più appropriato ricorso ai servizi di emergenza. Per questo, gli utenti presi in carico con il percorso educativo strutturato, pur nella difficoltà del vivere quotidiano, percepiscono una qualità di vita maggiore rispetto a quelli che sono presi in carico con un modello organizzativo che lavora, ad esempio, erogando prestazioni. La sistematizzazione del percorso ha sensibilizzato gli infermieri ospedalieri sull'importanza rivestita dall'avvio precoce (fin dai primi giorni della degenza) del piano educativo in quanto condizione essenziale per garantire sia la continuità che la sicurezza dell'assistenza al paziente nel momento in cui ritornerà nella sua casa.

**RISULTATI 2)**

**Competenze acquisite**

Alla dimissione 114 (41%) caregivers/pazienti autogestiti non avevano acquisito le competenze necessarie a gestire in sicurezza l'assistenza del paziente.

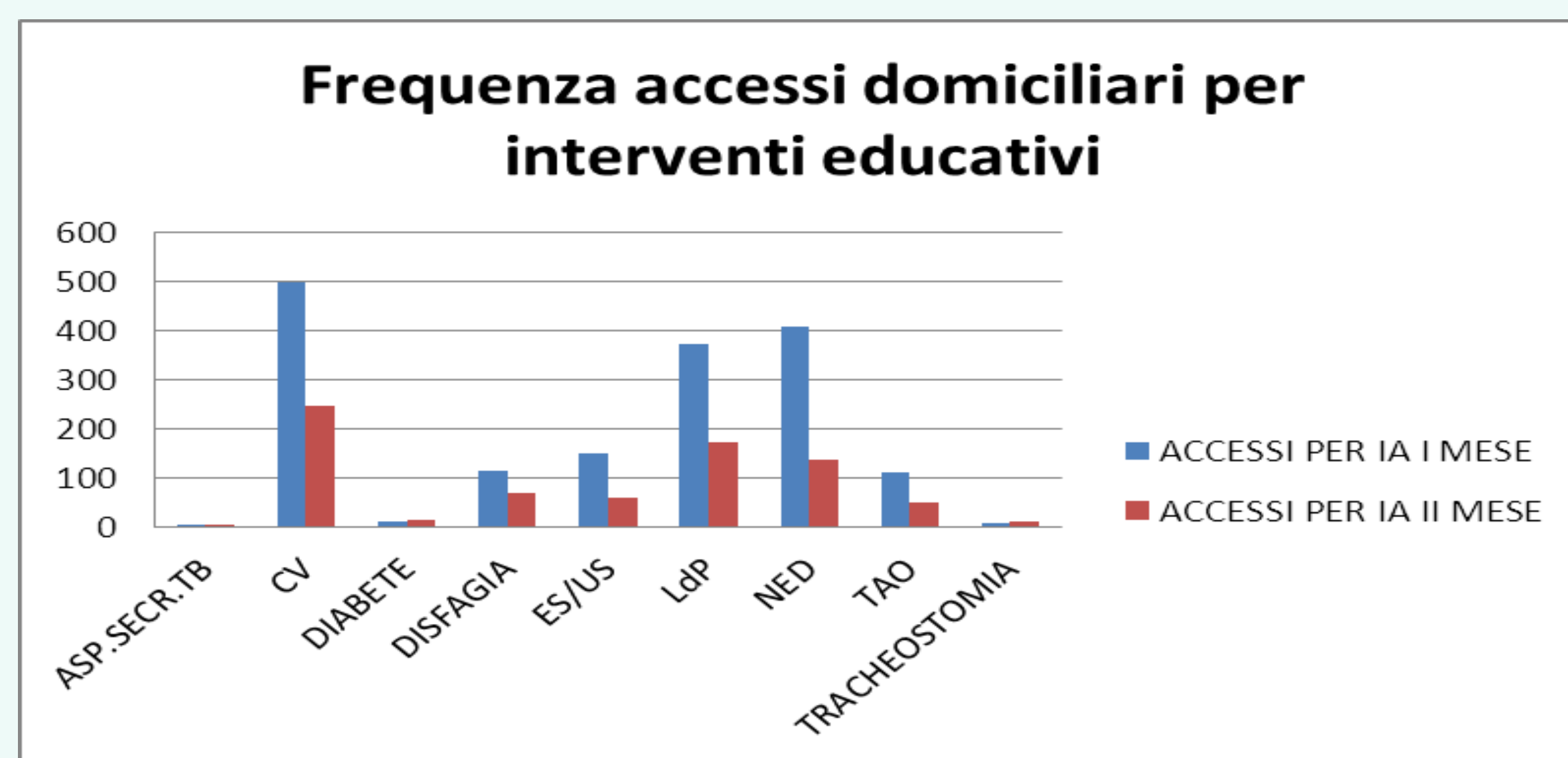
A un mese dalla dimissione, 32(12%) caregivers/pazienti autogestiti sono risultati parzialmente autonomi in uno o più dei requisiti previsti.

A due mesi dalla dimissione, 275(99,6%) caregivers/pazienti autogestiti possedevano le competenze necessarie per la gestione in sicurezza delle problematiche assistenziali.

**Processi infermieristici domiciliari**

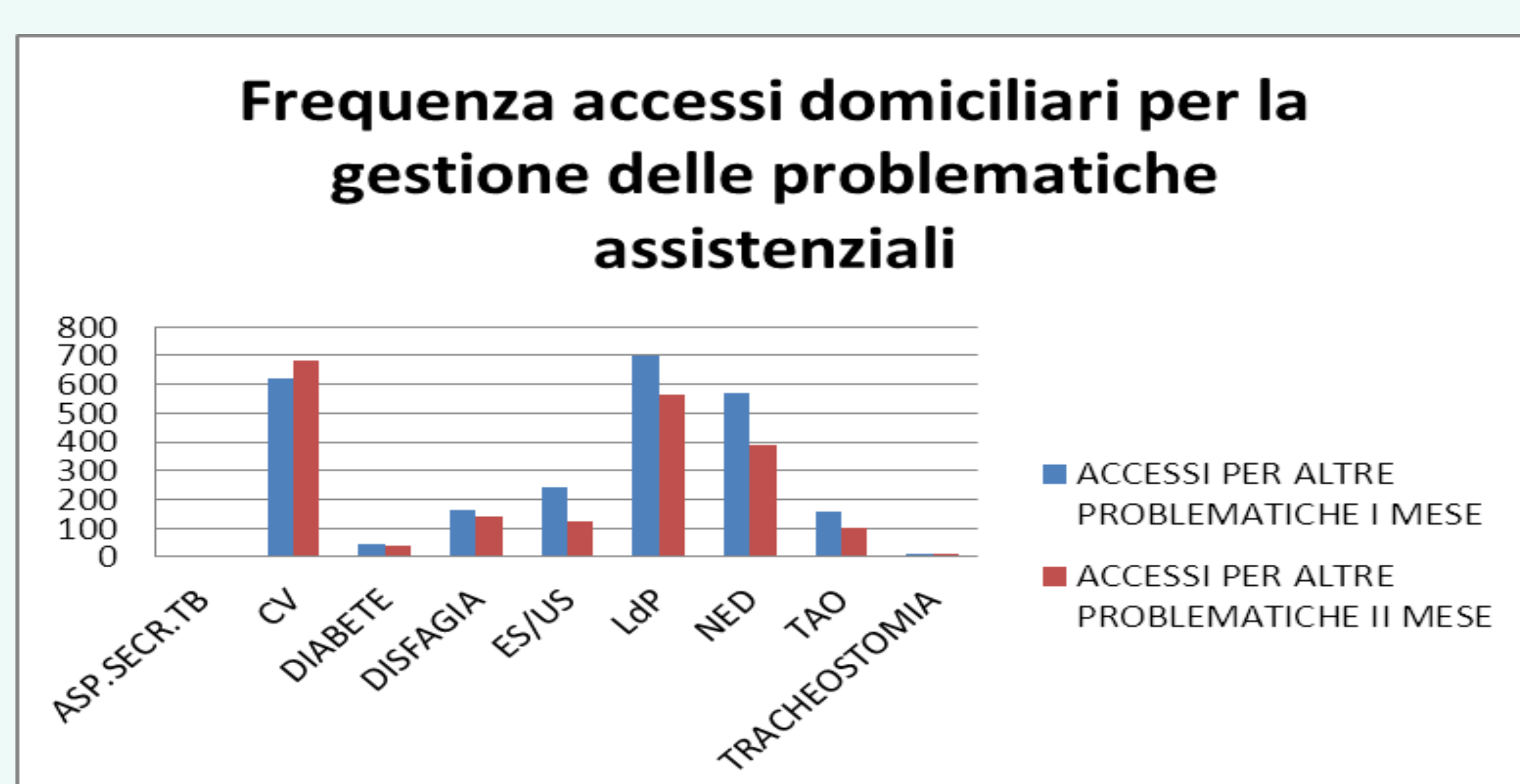
Nel secondo mese dalla dimissione vs il primo mese, gli accessi infermieristici domiciliari per processi educativi si sono ridotti del 55% (Fig.4).

Figura 4. Frequenza accessi domiciliari per interventi educativi pazienti in carico dal 15.09.2009 al 31.12.2015.



Nel secondo mese dalla dimissione vs il primo mese, gli accessi infermieristici domiciliari per la gestione delle problematiche assistenziali si sono ridotti del 18% (Fig.3).

Figura 5. Frequenza accessi domiciliari per interventi assistenziali pazienti in carico dal 15.09.2009 al 31.12.2015.



**Ricorso ai servizi ospedalieri**

**Accessi in Pronto Soccorso.** Nei sei mesi dalla dimissione, 57 (21%) pazienti hanno avuto almeno 1 accesso in PS. 5 pazienti hanno avuto un accesso legato a problematiche evitabili (4 pazienti portatori di CV a permanenza con "ritenzione acuta di urina" e "ritenzione acuta d'urina in portatore di catetere vescicale e infezione delle vie urinarie" e un paziente in TAO con "intossicazione da farmaci in seguito a doppia assunzione della terapia farmacologica").

**Riospedalizzazioni.** Nei sei mesi dalla dimissione, dei 276 pazienti, 64 (23%) hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero. Complessivamente si sono verificati 97 episodi di ricovero; di questi 96 non erano legati a problemi riconducibili a una non adeguata gestione assistenziale. In un solo caso la diagnosi di ricovero, esitato nel decesso del paziente, era "Broncopneumite ab ingestis in paziente sottoposto a nutrizione enterale totale" e il problema era dovuto alla mancata compliance delle figlie assistevano il paziente ed erano risultate autonome al termine del percorso educativo.