



CONVEGNO CARD TRIVENETO

Il percorso di educazione terapeutica nella presa in carico in continuità del paziente e i suoi familiari nel passaggio dall'ospedale al territorio

San Bonifacio, 07 ottobre 2016

Marta Pordenon et al

FRIULI VENEZIA GIULIA
LR 17/2014
CONFIGURAZIONE
AZIENDE SANITARIE
DAL 01.01.2015



 **AAS 1 TRIESTINA**
www.ass1.sanita.fvg.it

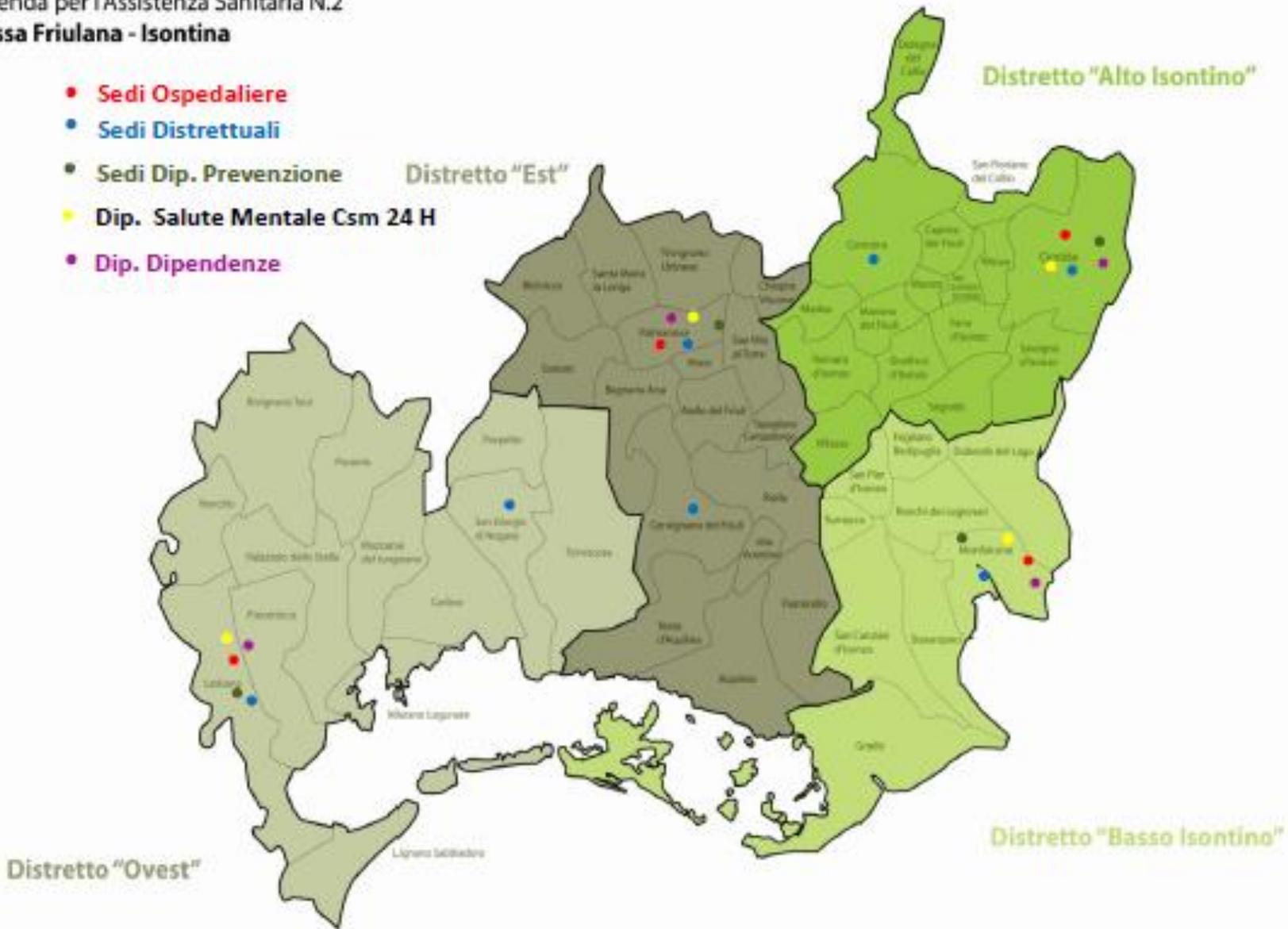
 **AAS 2 BASSA FRIULANA-ISONTINA**
www.ass2.sanita.fvg.it

 **AAS 3 ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI**
www.ass3.sanita.fvg.it

 **AAS 4 FRIULI CENTRALE**
www.aas4.sanita.fvg.it

 **AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE**
www.ass6.sanita.fvg.it

- Sedi Ospedaliere
- Sedi Distrettuali
- Sedi Dip. Prevenzione
- Dip. Salute Mentale Csm 24 H
- Dip. Dipendenze



Razionale

Malattie croniche invalidanti → elevato impegno assistenziale

Evento acuto e ricovero ospedaliero → attivare tecniche o competenze “sanitarie” nel paziente /*caregiver*

In ospedale tempo limitato per l'ETP; assenza di criteri omogenei/formalizzati per verificare l'autonomia del paziente/*caregiver*

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

Background

“Salute come capacità di adattarsi e di autogestirsi”

(Machteld Huber et al 2009)

“L’educazione terapeutica è un processo graduale, integrato nel processo terapeutico...essa 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)



Team di assistenza primaria

EROGARE E COORDINARE L'ASSISTENZA DURANTE TUTTO IL CICLO DI VITA

Standard 8.0 - Il team coordina i servizi di assistenza primaria per tutto il ciclo vitale dell'assistito

8.7 Il team forma gli assistiti sul proprio ruolo nella cura di se stessi e la gestione del proprio stato di salute...

Linee guida

L'autogestione è una componente principale per convivere con qualunque malattia, in situazioni di malattie croniche particolari, a prescindere dal tipo di malattia o dalla sua evoluzione.

Permette agli assistiti di mantenere il più alto livello di indipendenza possibile, servendosi di approcci diversi. Le informazioni sanitarie oggettive comprendono depliant, opuscoli, collegamenti a siti web e altre risorse che il team potrebbe avere a disposizione.



Team di assistenza domiciliare

ATTRIBUIRE POTERI E RESPONSABILITÀ AGLI ASSISTITI

9.2 I membri del team assistenza domiciliare competenti formano adeguatamente gli assistiti e le loro famiglie.

Il processo formativo:

- ↪ è aperto e flessibile
- ↪ tiene conto dei bisogni di assistiti e famiglie e della loro disponibilità a recepire la formazione
- ↪ tiene conto di opinioni, valori, livello di scolarizzazione, lingua, capacità funzionali degli assistiti e delle loro famiglie
- ↪ assicura che gli assistiti e le loro famiglie comprendano le informazioni
- ↪ rispetta il rifiuto all'apprendimento degli assistiti e delle loro famiglie

Linee guida

La formazione serve a: fornire agli assistiti e alle loro famiglie una conoscenza adeguata sulle condizioni degli assistiti, comprese le indicazioni su come prendersi cura di se stessi dopo la dimissione; permettere il coinvolgimento degli assistiti nell'erogazione dei servizi e nel processo decisionale; aumentare la capacità degli assistiti di seguire il programma di intervento e di raggiungere gli obiettivi stabiliti e i risultati attesi; formare assistiti e familiari sull'utilizzo di farmaci, forniture e attrezzature in modo sicuro ed efficace, se opportuno; aiutare gli assistiti a sviluppare le capacità necessarie per soddisfare i propri bisogni e diventare in tal modo il più possibile autonomi; e includere informazioni relative al mantenimento e miglioramento dello stato di salute complessivo dell'assistito.

Obiettivi

Obiettivo generale

Migliorare la continuità e la qualità assistenziale tra ospedale e territorio attraverso percorsi strutturati di ETP rivolti ai pazienti e ai loro *caregivers*

Obiettivi specifici

1. Sviluppare le competenze del paziente/*caregiver* per la gestione assistenziale di CV, NET, LdP, ES, TAO, disfagia, tracheostomia, secrezioni tracheobronchiali, diabete
2. Ridurre gli interventi infermieristici domiciliari legati allo svolgimento di alcune semplici tecniche
3. Attuare un monitoraggio costante, il compenso e il supporto al paziente e alla sua famiglia una volta raggiunto un buon grado di autonomia
4. Definire *standard* qualitativi

Materiali e metodi 1)

Organizzazione



Materiali e metodi 2)

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

Materiali e metodi 3)

Indicatori

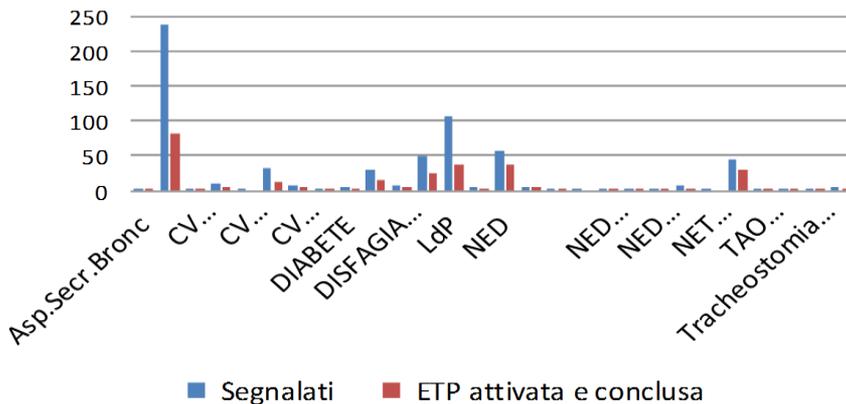
1. Grado di autonomia raggiunto dai pazienti/*caregivers* a 1 e a 2 mesi dalla dimissione in rapporto al totale dei pazienti inseriti nei percorsi educativi
2. Confronto frequenza accessi infermieristici domiciliari per processi educativi e per altri processi assistenziali nel secondo mese vs il primo 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

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

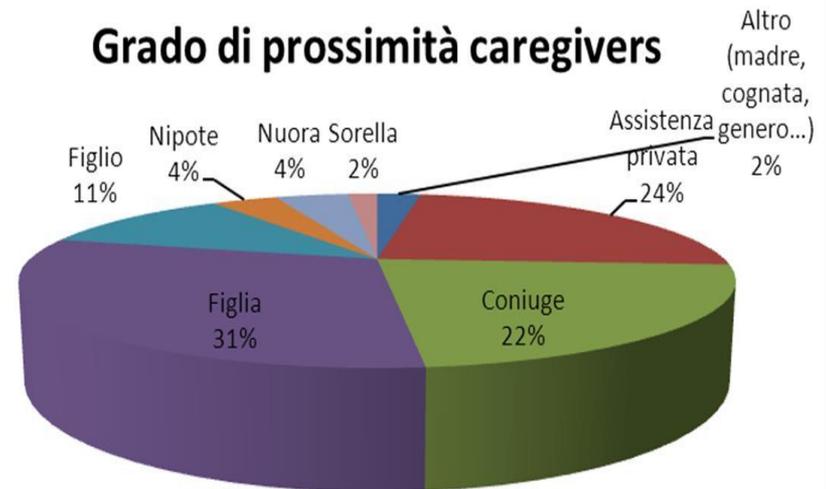


Pazienti n. 276 di cui n. 38 (14%) autogestiti

Età mediana 81 anni [range 27-102]

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

Grado di prossimità caregivers



Caregivers n. 238

Età mediana 58 anni [range 18-92]

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

Risultati 2)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Competenze caregiver/paziente post-dimissione ospedaliera

Alla dimissione

- n.1.286 valutazioni: n.96(35%) *caregivers/pazienti*
autogestiti parzialmente autonomi
- n. 18 (16%) non autonomi

1 mese post-dimissione

- n.1.286 valutazioni: n.32(12%) *caregivers/pazienti*
autogestiti parzialmente autonomi

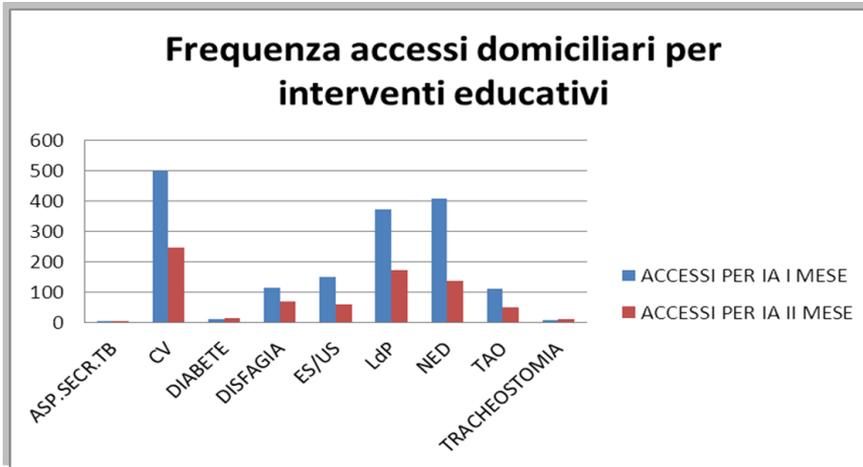
2 mesi post-dimissione

- n.1.286 valutazioni: n.1(0,4%) *caregivers/pazienti*
autogestiti parzialmente autonomi

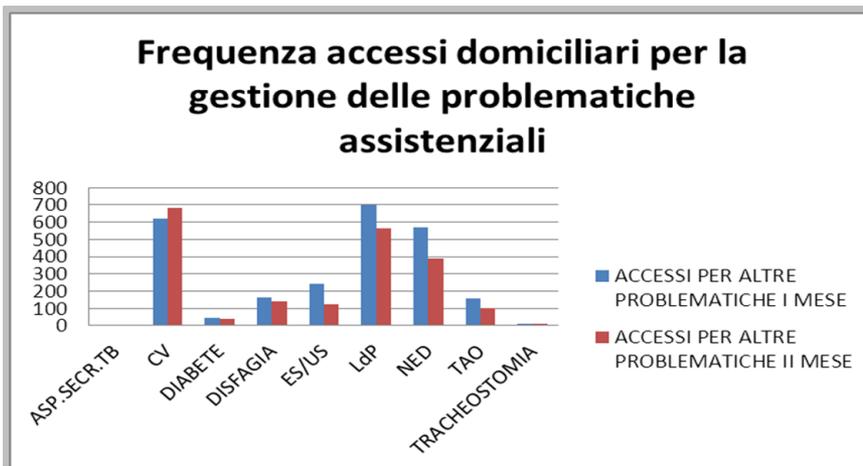
Risultati 3)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Accessi infermieristici a domicilio post- dimissione ospedaliera Δ secondo mese vs il primo



-55% accessi per ETP



-18% accessi per altri processi assistenziali

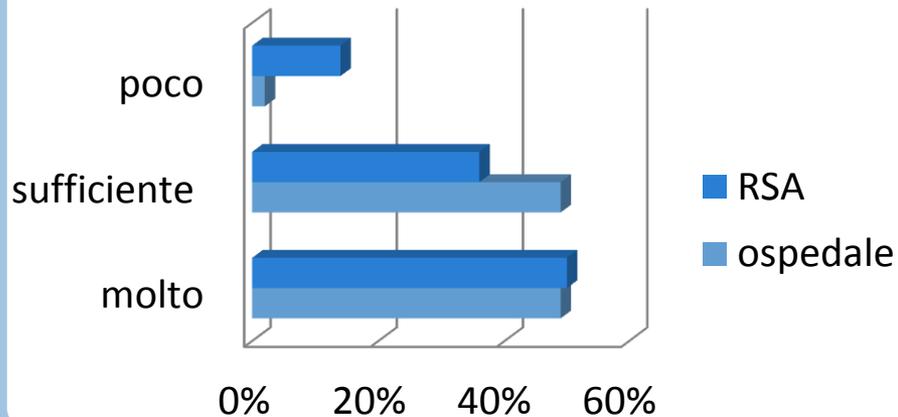
Risultati 4)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

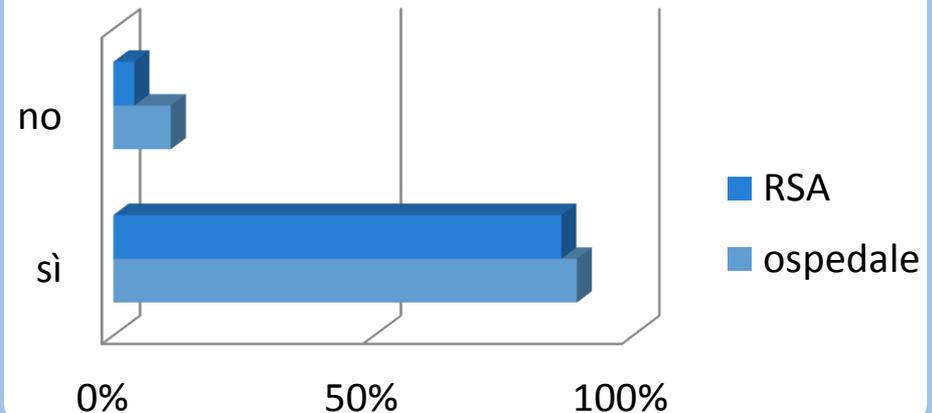
Qualità percepita Ospedale/RSA

Questionario anonimo, a risposte multiple semi-strutturate. N. 276 (100%) rispondenti; elevato gradimento per il percorso educativo nei tre *setting* assistenziali

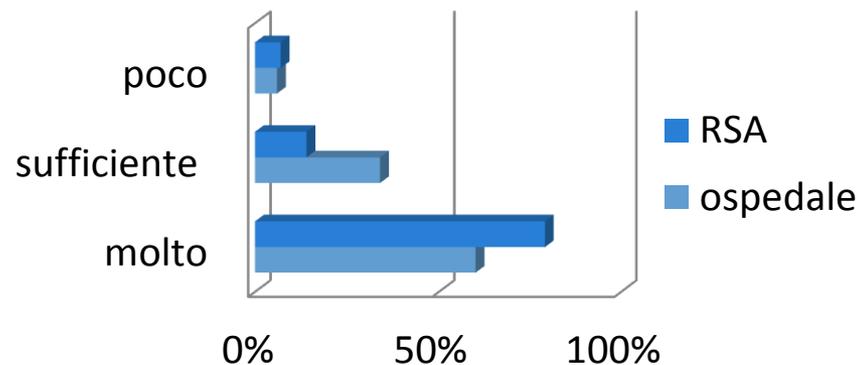
CHIAREZZA INFORMAZIONI



COMPLETEZZA INFORMAZIONI



LIBERTA' DI FARE DOMANDE

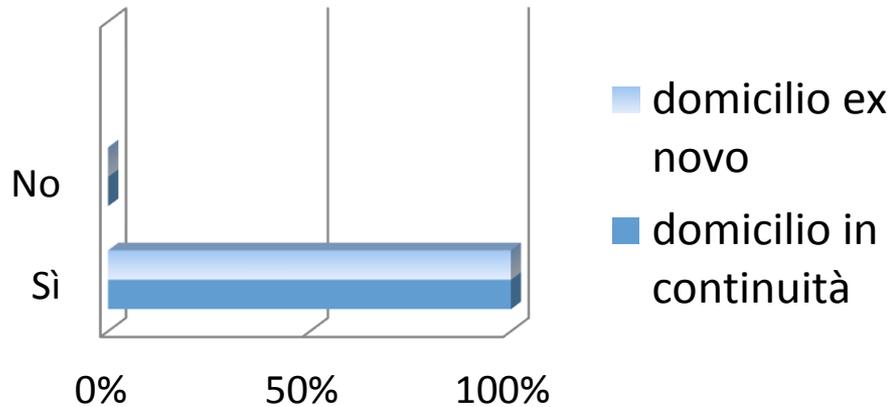


Risultati 5)

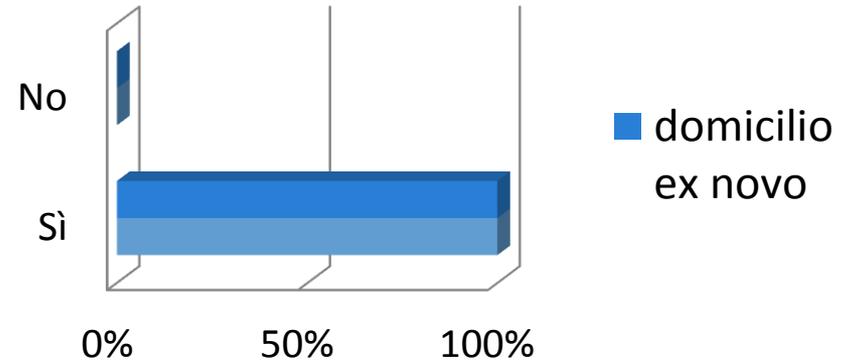
(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Qualità percepita Domicilio

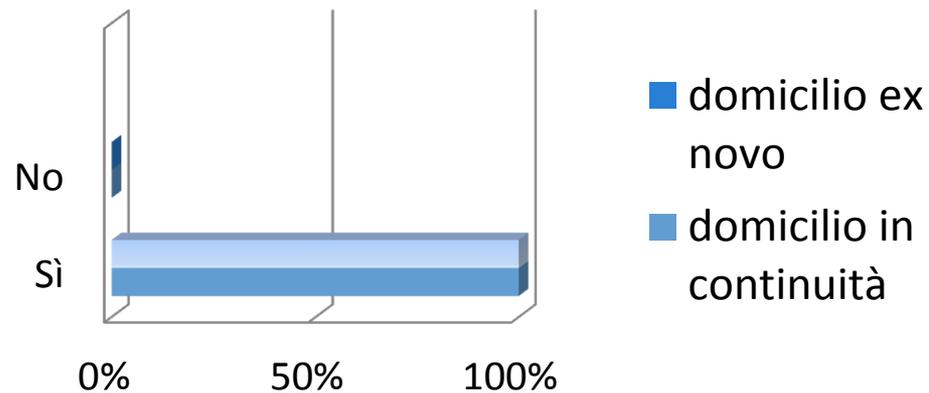
CHIAREZZA INFORMAZIONI



COMPLETEZZA INFORMAZIONI



LIBERTA' DI FARE DOMANDE



Risultati 6)

(15 settembre 2009 - 31 dicembre 2015)

Ricorso ai servizio ospedalieri nei sei mesi post-dimissione ospedaliera

Accessi in PS

→ n.57 (21%) pazienti con 1 o più accessi, di cui 5 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

→ n.64 (23%) pazienti 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).

Discussione

Popolazione

- Risorse attivate/intensità di presa in carico
- Elevata personalizzazione

Competenze *caregiver*/paziente

- Alla dimissione: 59% autonomia *caregivers*/pazienti autogestiti
- A 1 mese dalla dimissione: 88% autonomia *caregivers*/pazienti autogestiti
- A 2 mesi dalla dimissione: 99,6% autonomia *caregivers*/pazienti autogestiti

Accessi infermieristici domiciliari

- Secondo mese ↓ processi educativi -55% e ↓ gestione delle attività assistenziali -18%

Qualità percepita

- Buon gradimento di *caregivers* e pazienti

Ricorso ai servizio ospedalieri

- ↓ frequenza di accessi in PS e reingressi in ospedale

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

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 sulla QoL dei pazienti e dei loro familiari*

*JCI Premio qualità 2016:
l'esperienza si è classificata
fra le migliori 15 a livello nazionale*

VI RINGRAZIO PER L'ATTENZIONE