

DI SPONTINA DANIELA

DOTT. IN INFERMIERISTICA

# IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)

ESTRATTO DA TESI DI LAUREA

## ABSTRACT

*Nella ricerca è stata esplorata la fattibilità di un nuovo modello organizzativo di controllo della terapia anticoagulante orale (TAO) basato sull'attivazione di centri di controllo presso i diversi Centri di Salute della ASL n. 2, di Perugia, della Regione Umbria. L'obiettivo è stato raggiunto mediante la costruzione di un percorso assistenziale in cui il ruolo dell'infermiere è fondamentale nell'interazione con il paziente ed il medico, fornendo una nuova prospettiva da cui affrontare la problematica della TAO. Tendenzialmente questa problematica, comune a molti "utenti", è spesso analizzata ed osservata sotto il punto di vista dell'aspetto clinico mentre nella ricerca si è puntualizzato la prospettiva del paziente cercando di fotografare l'intervento infermieristico quale competenza trasversale in un percorso non propriamente definito. Infatti è stato descritto un percorso assistenziale interaziendale per un paziente che deve sottoporsi a TAO.*

## PAROLE CHIAVE

Azienda, utente-paziente, percorso assistenziale

## Introduzione

La terapia anticoagulante orale (TAO) viene utilizzata in un crescente numero di pazienti per prevenire le patologie cardioemboliche. In considerazione del fatto che il numero dei pazienti sottoposti a tale terapia aumenta progressivamente nel tempo, per l'incremento dell'incidenza di patologie cardiache a rischio di complicanze trombotiche, come la fibrillazione atriale cronica, aumentano sempre più i problemi organizzativi legati al controllo della terapia anticoagulante. Infatti, come è noto, la TAO necessita di un continuo e periodico controllo del test di la-

boratorio INR per poter individuare il dosaggio personalizzato di anticoagulante orale da somministrare ad ogni singolo paziente. Questi controlli fino a pochi anni fa venivano centralizzati presso pochi centri collocati presso i principali Ospedali dell'Italia. L'aumento esponenziale dei pazienti in TAO ha messo in crisi questo sistema di controllo della TAO ed ha indotto la ricerca di nuovi modelli organizzativi con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti anticoagulati periferizzando il più possibile le sedi di controllo della TAO, e insieme di ridurre la distanza tra la residenza del paziente anticoagulato e la sede del Cen-

tro, ridurre i tempi di attesa per ogni singolo controllo soprattutto in considerazione del fatto che sempre più numerosi sono i pazienti anticoagulati particolarmente anziani. Peraltro questo aumento del numero dei Centri che effettuano il controllo della TAO deve avvenire senza incidere sulla qualità del controllo stesso che ha sempre costituito il punto di forza del sistema centralizzato di controllo della TAO presso poche strutture ospedaliere.

## Obiettivo dello studio

Obiettivo principale della ricerca è stato di esplorare la fattibilità di un nuovo model-

roma

## PRESENTATA AL "SANIT 2008"

## ILISI

È stata presentata ufficialmente al Sanit 2008, il Salone ufficiale della Sanità che tratta tematiche di politica sanitaria e tecnico-scientifiche, che si tiene ogni anno a Roma, **ILISI** (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche). ILISI è una Banca dati bibliografica, che ha l'obiettivo di la valorizzazione la letteratura infermieristica attraverso lo strumento informatico. ILISI offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche degli articoli pubblicati nelle principali riviste infermieristiche e d'interesse infermieristico in Italia attraverso una ricerca per categorie, per keywords o per parole libere. Questo servizio è messo a disposizione dal servizio bibliotecario del Collegio IP.AS.VI. di Roma (disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi/>), e rappresenta una straordinaria opportunità di aggiornamento e di confronto per tutti gli infermieri e per gli studenti sia dei corsi di laurea che dei corsi specialistici. La banca dati è in continuo aggiornamento, le riviste recensite sono le più importanti del panorama nazionale e quelle inserite ad oggi sono:

- AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria;
- Assistenza infermieristica e ricerca;
- Bioetica;
- Dalla parte dell'infermiere;
- Difesa sociale;
- Educazione sanitaria e promozione della salute;
- Emergency oggi;
- Giornale italiano delle infezioni ospedaliere;
- Giornale italiano di scienze infermieristiche;
- Infermiere oggi;
- International nursing perspectives;
- L'arco di Giano;
- La rivista di cure palliative;
- Management infermieristico;
- Mecosan;
- Medicina e morale;
- Mondo sanitario;
- NEU;
- Nursing oggi;
- Obiettivo professione infermieristica;
- Organizzazione sanitaria;
- Professioni infermieristiche;
- Rischio sanità;
- Rivista di diritto delle professioni sanitarie;
- Scenario;
- Tecnica ospedaliera ●

lo organizzativo di controllo della TAO basato sull'attivazione di Centri di controllo presso i diversi Centri di Salute della ASL n. 2, di Perugia, della Regione Umbria. Caratteristica fondamentale di questo nuovo sistema organizzativo è costituita dal collegamento telematico tra i diversi Centri Salute ed il Centro di Sorveglianza per la TAO, posizionato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Infatti per poter conciliare le due esigenze, apparentemente in contrasto tra loro, (periferizzazione del controllo della terapia anticoagulante orale e mantenimento di un elevato standard della qualità del controllo) si è sperimentato questo nuovo modello organizzativo che prevede l'effettuazione del prelievo ed il dosaggio dell'INR presso i Centri di Salute, ove il paziente si reca e viene gestito dall'infermiere del Centro, e l'invio del risultato del test al Centro di Sorveglianza, tramite collegamento telematico, ove un Medico, con l'ausilio di un programma computerizzato, preparerà il programma di terapia che verrà inviato di nuovo, sempre per via telematica, al Centro di Salute ove l'infermiere consegnerà al paziente la posologia della terapia anticoagulante.

I vantaggi di questo sistema di controllo della terapia anticoagulante sono quelli appena elencati. Gli svantaggi teorici invece derivano dal fatto che il medico non viene a contatto direttamente con il paziente e pertanto non è in

grado né di registrare eventuali nuovi eventi clinici, né di visitare il paziente. Questo fatto potrebbe influenzare sia la corretta gestione della terapia anticoagulante che perdere alcuni dati clinici inerenti gli insuccessi e le complicanze della terapia anticoagulante da utilizzare per studi epidemiologici.

Un possibile modo per superare le limitazioni di questo tipo di gestione della terapia anticoagulante potrebbe essere di addestrare degli Infermieri Specialisti che possano effettuare non solo il prelievo ed il dosaggio dell'INR ma anche partecipare alla raccolta dei dati clinici del paziente in modo da interagire con il medico del Centro di Sorveglianza per una ottimale gestione globale del paziente in terapia anticoagulante orale.

Obiettivo secondaria della ricerca è di verificare come questo modello organizzativo possa assicurare una continuità della risposta assistenziale tra le diverse strutture sanitarie che si occupano dei pazienti in TAO.

Una particolare attenzione è stata rivolta al ruolo chiave rivestito dall'infermiere nella realizzazione di tale processo assistenziale.

## Materiali e metodi

La realizzazione del percorso assistenziale del paziente in TAO è stata ottenuta applicando le norme generali della costruzione del *Percorso assistenziale del paziente*.

Infatti Il *Percorso assistenziale del paziente* è un approc-

cio metodologico per la ricostruzione ed analisi del percorso del paziente da utilizzare per la riprogettazione del percorso stesso, con la finalità di renderlo più efficiente sia dalla prospettiva del paziente che da quella organizzativa, oltre che più appropriato ed efficace dal punto di vista clinico.

Così inteso rappresenta uno strumento per leggere trasversalmente l'azienda e per ridisegnare i processi di questa in una logica di miglioramento incrementale e continuo: l'esame della relazione cliente-fornitore permette di conoscere le attività critiche che rendono il processo lento e ridondante.

La metodologia di lavoro dei *Percorsi* comporta una fase di disegno e una di analisi/riprogettazione del percorso stesso. Nella prima fase di disegno del percorso si tratta di definire il problema di salute, identificare i criteri di inclusione/ingresso e quelli di uscita o conclusione del processo di cura, descrivere e rappresentare graficamente nella loro sequenza logica gli episodi/fasi del percorso, cioè l'insieme delle attività fra loro logicamente o ordinate rispetto al fattore tempo e alle risorse impiegate; successivamente viene attivato un primo momento di rilevazione del percorso effettivo medio (ciò che si fa), utilizzando appositi strumenti di raccolta dati dei percorsi reali dei singoli pazienti. La prima fase dell'approccio comporta quindi l'individuazione delle attività che compongono il percorso complessivo; tali attività concorrono alla risoluzione di un bi-

sogno ed hanno diversa natura (clinica, assistenziale, sociale ambientale). Si può osservare come le attività sono combinate, come l'organizzazione le rende disponibili, con l'integrazione delle diverse figure, in quali tempi e in quali luoghi. La fase di analisi procede poi con il confronto fra professionisti per l'individuazione di variabilità e disomogeneità, elementi di inappropriata, significative irrazionalità dei costi, distorsioni organizzative, disagi per i malati etc... Da questo si procede ad una riprogettazione di un percorso di riferimento (il miglior percorso possibile qui ed ora) che viene sottoposto a sperimentazione, monitorandone i risultati ottenuti. Il percorso di riferimento non rappresenta uno statico percorso ideale per la gestione del paziente in oggetto: esso si configura inizialmente come frutto della riflessione svolta su quanto la letteratura suggerisce in merito e sulle reali condizioni operative aziendali che necessariamente influenzano la capacità dell'azienda di attenersi. Si tratta di considerare le linee-guida esistenti sul trattamento della patologia alla luce delle risorse effettivamente disponibili in azienda per trattare la stessa, delle modalità di utilizzo e, in sintesi, della risposta che concretamente essa è in grado di erogare. Il percorso che ne nasce non vuole in alcun modo costituire un rigido riferimento normativo a cui attenersi per trattare il caso preso in esame; non vuole costituire un "gold standard" da imporre agli attori coinvol-

**SCHEDA IN USO PER IL MONITORAGGIO TAO**

CENTRO DI SALUTE

PERCORSO DI MONITORAGGIO TAO**SCHEMA PERSONALE  
PER LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE**

NOME E COGNOME .....

DATA DI NASCITA .....

DIAGNOSI PRINCIPALE .....

DATA INIZIO TERAPIA .....

INR .....

DOSAGGIO SETTIMANALE .....

PROSSIMO CONTROLLO .....

**RIPARTIZIONE GIORNALIERA DI ANTICOAGULANTE xy**

	DATA	DOSAGGIO
LUNEDÌ		
MARTEDÌ		
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ		
VENERDÌ		
SABATO		
DOMENICA		

**COMMENTI**

.....

.....

.....

**DATI RELATIVI AGLI ULTIMI CONTROLLI**

ANAMNESI INFERMIERISTICA:

Dal precedente controllo ad oggi:

- Ha assunto regolarmente l'anticoagulante ?
- Ha avuto nuove malattie?
- Ha avuto emorragie?
- Ha sospeso o iniziato nuovi farmaci?
- Oltre all'anticoagulante, ha assunto altri farmaci in questo periodo? Quali?

ti nel processo di cura ma una piattaforma flessibile che, partendo da quanto gli operatori hanno stabilito essere il "ciò che si dovrebbe fare" e tenuto conto di ciò che l'azienda può effettivamente fare per quel paziente, viene continuamente migliorata, affinata, modificata, alla luce dell'impatto che, nel tempo, mostra di avere sulla gestione concreta degli eventi considerati. Si riattiva quindi ora un secondo ciclo, che prevede la revisione e un ulteriore miglioramento, approssimandosi così per avvicamenti successivi, ad un percorso *obiettivo* che è "ciò che si potrebbe o vorrebbe fare" per massimizzare l'appropriatezza e i livelli di integrazione del processo di cura. In questo senso pertanto il percorso del paziente può rappresentare un meccanismo di verifica e sviluppo della qualità, alimentato da logiche circolari di miglioramento continuo nel tempo dei processi di cura.

**Risultati**

Il paziente viene inviato da una Struttura Complessa dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per la presa in carico a livello territoriale.

L'assistenza al paziente può essere erogata sia a livello domiciliare che a livello ambulatoriale, presso i Centri di Salute dell'ASL n. 2 di Perugia.

È a livello domiciliare per quei casi in cui lo stato di salute del paziente non consente di recarsi autonomamente o accompagnato dai familiari presso il Centro di Salute; ne-

gli altri casi il paziente si reca al Centro di Salute nei giorni predefiniti in cui viene svolta questa attività. Vengono eseguiti accessi settimanali, sia ambulatoriali che domiciliari, per un totale di circa 1200 pazienti attualmente presi in carico a livello territoriale.

È stato creato un programma informatizzato per la gestione dei dati e delle attività tra Azienda Ospedaliera ed Azienda USL, in cui i dati inseriti dall'operatore del Centro di Salute vengono inseriti nel programma ed inviati e-mail al Centro della ASL n. 2 o dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dove i medici effettuano la diagnosi e prescrivono la terapia necessaria del caso.

Nei giorni dedicati a questa attività, l'infermiere accoglie il paziente in ambulatorio ed effettua un'anamnesi infermieristica sulla base di una scheda costruita per il monitoraggio dello stato di salute del paziente.

L'infermiere domanda se ha assunto regolarmente la terapia anticoagulante, se ha avuto nuove malattie, se ha avuto emorragie, se ha sospeso o iniziato nuovi farmaci, annotando tutte le informazioni che possono essere utili al percorso del paziente. Quindi effettua il prelievo capillare, secondo la procedura specifica.

Il risultato del prelievo capillare e l'esito dell'anamnesi infermieristica effettuata vengono tempestivamente inviati e-mail al Centro di riferimento, dove l'equipe medica effettua la valutazione diagnostica del caso e rinvia e-mail la pre-

scrizione terapeutica giornaliera del paziente e la data del successivo controllo, con eventuali commenti di comportamento clinico-assistenziale.

L'infermiere quindi accoglie il paziente in ambulatorio e lo informa, consegnandogli lo schema terapeutico, della terapia anticoagulante da effettuare. In questa occasione viene anche effettuata una sorta di educazione alla salute del paziente.

Nell'accesso domiciliare è l'infermiere che si reca a domicilio del paziente per effettuare il prelievo capillare e lo schema terapeutico viene comunicato telefonicamente appena disponibile, per essere successivamente ritirato su forma cartacea da un familiare.


Esiste anche una procedura per il controllo di qualità delle apparecchiature utilizzate per il prelievo capillare. Vengono effettuati ogni XX mesi dei controlli crociati, con l'esecuzione sia del prelievo capillare che del prelievo venoso per verificare il corretto funzionamento degli apparecchi.

## Conclusioni

È chiaro che progettare un percorso assistenziale da parte di un'Azienda Sanitaria richiede un grande sforzo organizzativo ed un investimento culturale dei professionisti della salute, perché significa definire regole, responsabilità, passaggi definiti e un cambiamento di approccio professionale al problema di salute della persona.

Il percorso del paziente in terapia anticoagulante orale

prevede il passaggio del paziente attraverso varie fasi assistenziali: dalla fase acuta di inquadramento diagnostico, alla definizione dell'approccio terapeutico, al mantenimento e monitoraggio continuo, fasi che si realizzano attraverso il passaggio del paziente a vari Servizi delle Aziende Sanitarie.

L'infermiere è uno degli attori dell'approccio multidisciplinare al paziente in trattamento TAO, ma è anche una figura chiave nell'indirizzare e nel monitorare puntualmente lo stato di salute del paziente. 

## Bibliografia essenziale

- A Guide to oral anticoagulant treatment. Recommendations of the Italian Federation of Anticoagulation Clinics (FCSA). Third general agreement, *Haem-atologica*, 2003; **88**; suppl. 2.
- British Committee for Standard in Haematology. Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Society for Haematology. Guidelines on oral anticoagulation: third edition, *Br J Haematol*, 1988; **101**: 374-87.
- JACK ANSELL ET.AL., Managing oral anticoagulant therapy. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic therapy. *Chest*, 2001; **119**: 22s-38s.
- WHITE RM, McCURDY ET AL., Home prothrombin time monitoring after the initiation of warfarin therapy: a randomized, prospective study, *Ann Intern Med*, 1995; **155**: 2185-2189.
- MANOTTI C., PINI M., PATTACINI C., ET AL., Computer assisted prescription of oral anticoagulants, *Thrombos Res*, 1991; **64** (suppl 13): 192.
- POLLER L., SHIACH C.R., MACCALLUM P.K., ET AL on behalf of European Concerted Action on Anticoagulation (ECAA). Multicentre randomized study of computerised anticoagulant dosage, *Lancet*, 1998; **352**: 1505-1509.
- CASATI GIORGIO, M.C.VICHI, *Il percorso del paziente in ospedale*, Mc Graw Hill, Milano 2002.