

Indice

1. ABSTRACT.....	2
2. INTRODUZIONE.....	4
3. OBIETTIVO.....	8
3.1 IL MOTIVO DELL'INDAGINE.....	8
3.2 LO SVOLGIMENTO DELL'INDAGINE.....	9
3.3 LO SCOPO FINALE DELL'INDAGINE.....	11
4. MATERIALI E METODI.....	12
4.1 POPOLAZIONE.....	12
4.2 CAMPIONE.....	12
4.3 STRUMENTI E PERIODO DI ANALISI.....	21
5. RISULTATI.....	23
6. DISCUSSIONE.....	24
7. CONCLUSIONE.....	26
8. SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA.....	29
9. ALLEGATI.....	31
9.1 ALLEGATO 1.....	31
9.2 ALLEGATO 2.....	33
9.3 ALLEGATO 3.....	35
9.4 ALLEGATO 4.....	41

1. Abstract

Background: I pazienti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata seguiti dal personale infermieristico del distretto trascorrono il tempo che intercorre tra un intervento assistenziale e l'altro a casa da soli o assistiti dal proprio caregiver, sia esso un parente o una persona esterna al nucleo familiare.

Questo comporta una problematica di gestione della propria condizione patologica, in particolar modo nei pazienti portatori di presidi quali Catetere Vescicale e Gastrostomia Endoscopica Percutanea, in quanto i pazienti e i loro caregiver spesso non hanno le competenze professionali o il background culturale per poterli gestire correttamente e far fronte ad imprevisti di vario genere.

L'educazione sanitaria di questi pazienti e dei caregiver ad opera del personale infermieristico è quindi una parte fondamentale del percorso di cura o gestione della patologia. Tale educazione può essere svolta in numerosi modi ed è finalizzata a migliorare la percezione della propria salute, la conoscenza, la consapevolezza e quindi ad un cambiamento nei comportamenti tale da mantenere uno stato di salute nel quadro della patologia cronica con la quale il paziente è costretto a convivere.

L'infermiere è responsabile unico del processo infermieristico ed è quindi suo compito esclusivo educare, per quanto concerne la sua competenza, i pazienti e i caregivers all'autogestione e all'autocura, per quanto nelle reali possibilità di ciascuno di essi, per poter garantire la migliore qualità di vita al paziente stesso.

Obiettivo dello studio: Indagare le principali criticità riscontrate nei pazienti, realizzare uno strumento cartaceo di supporto all'educazione sanitaria dei pazienti ed analizzare i benefici dell'intervento messo in atto.

Materiali e metodi: E' stato condotto uno studio quantitativo sulla percentuale di pazienti che riscontravano la necessità di una maggiore educazione sanitaria nella gestione della propria patologia attraverso un campionamento randomizzato di 50 soggetti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata presso il distretto di Porto San Giorgio, AV4 – Fermo, ASUR Marche. A tali pazienti è stato somministrato un

questionario riguardante eventuali difficoltà avute nel corso della storia clinica domiciliare nell'autocura.

Sono state selezionate le due aree di intervento che presentavano le maggiori criticità assistenziali secondo il campione, ovvero il Catetere Vescicale (CV) e la Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG).

Sono state realizzate delle brochures informative sulla base delle più recenti evidenze scientifiche sulla gestione del presidio, sulla prevenzione delle complicanze e sul riconoscimento precoce delle stesse.

Tali brochures sono state in seguito distribuite ad un campione randomizzato di 48 pazienti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata presso il distretto di Porto San Giorgio, AV4 – Fermo, ASUR Marche portatori del presidio in questione.

A questi pazienti sono stati somministrati infine dei questionari per valutare la soddisfazione e l'efficacia dello strumento oggetto dello studio, con particolare attenzione posta sulla riduzione degli interventi sanitari aggiuntivi richiesti e degli accessi al Pronto Soccorso per problematiche relative al presidio indossato.

Risultati: Dall'analisi dei questionari somministrati al termine dello studio è emerso come i pazienti e i caregivers hanno risposto con entusiasmo alla fornitura del materiale educativo, ritenendolo uno strumento valido per riassumere e conservare meglio le nozioni trasmesse oralmente dal personale sanitario. L'introduzione di tale strumento ha partecipato alla riduzione degli interventi sanitari aggiuntivi e a un numero minore di accessi al Pronto Soccorso per problematiche relative alla gestione del presidio indossato dal paziente nel campione osservato.

Conclusioni: I risultati della ricerca vanno contestualizzati al contesto familiare e personale del paziente, oltre che all'età degli stessi e dei caregivers e all'esperienza maturata nel tempo nella gestione del presidio. E' apparso tuttavia apprezzato, utile ed efficace lo strumento della brochure informativa per un miglioramento dell'educazione sanitaria nei pazienti portatori di CV e di PEG, trattandosi di uno strumento dal costo quasi nullo che consente di risparmiare tempo e risorse umane ed economiche al Servizio Sanitario Nazionale.

2. Introduzione

Da quando con la legge 23 Dicembre 1978, n°833 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale, il nostro Paese, attraverso l'azione del Ministero della Salute, ha cercato sempre di garantire al cittadino il diritto alle cure mediche, sancito dalla Costituzione della Repubblica Italiana con l'articolo 32, che recita così:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

Negli anni a seguire, il legislatore ha introdotto modifiche, integrazioni, migliorie, in modo da offrire servizi sempre maggiori ai cittadini. Uno di questi, è proprio l'assistenza domiciliare.

L'ultima modifica in ordine temporale è quella sancita dall' Art.22 del DPCM 12 Gennaio 2017, in cui si dice che *‘Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona’*.

Tali cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale.

Quando la persona non autosufficiente ha bisogno occasionalmente delle prestazioni professionali del medico, dell'infermiere o del terapeuta della riabilitazione, anche ripetute nel tempo, in risposta a un bisogno sanitario di bassa complessità si parla di cure domiciliari di livello base.

Se il paziente presenta una condizione di salute più complessa, il Servizio sanitario nazionale garantisce un percorso assistenziale che prevede:

Una valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), attraverso idonei strumenti e scale standardizzati e uniformi;

La stesura di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) o di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta hanno

la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

La presa in carico del paziente da parte dell'équipe multidisciplinare della ASL che si occupa dell'assistenza domiciliare ed erogazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, assistenziali o riabilitative; la frequenza degli accessi al domicilio dei diversi operatori varia in relazione alla natura e alla complessità del quadro clinico; quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale;

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Tali prestazioni sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi, il restante 50% è a carico del Comune che ha facoltà di chiedere all'utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale.

Le cure domiciliari sono integrate dagli interventi sociali erogati dal Comune, in base al bisogno di assistenza della persona, emerso dalla valutazione multidimensionale.¹

Nel 1994 grazie al DM n°739 nasce in Italia la Professione Infermieristica propriamente detta. Tale decreto emana il Profilo Professionale dell'infermiere e al primo comma dell'articolo 1 si stabilisce che *'L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica'*

Al secondo comma dell'articolo 1 si aggiunge inoltre che *'L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria'*.

Nel terzo comma dell'articolo 1 si afferma che *'L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività'*, riconoscendo il ruolo imprescindibile del lavoro di équipe all'interno della quale la professione infermieristica riveste un ruolo fondamentale, essendo proprio l'infermiere il professionista che per primo si interfaccia col paziente/utente.

Nell'ambito di questo contesto legislativo il Codice Deontologico dell'Infermiere all'Art.4 esplicita come *'Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura'*.

Sempre nel Codice Deontologico della Professione Infermieristica all'Art. 7 si afferma che *'L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.'*

Appare chiaro come, integrando quanto detto dal Legislatore e dal Codice Deontologico della Professione Infermieristica, il ruolo dell'infermiere non è più quello di un semplice erogatore di un servizio assistenziale, ma è responsabile della presa in carico di un intero setting di cura, che nel caso specifico dell'Assistenza Domiciliare Integrata è inteso come la realtà familiare e residenziale del paziente. Il Ministero della Salute a tal proposito riconosce all'Assistenza Domiciliare un ruolo imprescindibile nel prevenire il declino funzionale e nel miglioramento della qualità della vita del paziente. L'infermiere dovrà quindi rendersi protagonista dell'integrazione della condizione assistenziale del paziente all'interno della sua realtà familiare, composta di quelle peculiarità che la rendono unica ed insostituibile agli occhi della persona assistita.

A tal proposito, con il fine condiviso dal Ministero della Salute di evitare quanto più il ricovero ospedaliero e di mantenere il paziente nel proprio luogo di residenza il più a lungo possibile è imprescindibile l'importanza di una corretta educazione sanitaria. L'infermiere in quanto responsabile del processo infermieristico deve farsi carico di insegnare al paziente, ai suoi familiari o caregiver ad essere quanto più possibile autonomo ed indipendente nella gestione della sua criticità assistenziale. Questo con il fine di:

- Prevenire l'insorgenza di patologie, criticità assistenziali che necessitano l'intervento di un professionista o l'accesso al Pronto Soccorso o il ricovero ospedaliero tramite una corretta educazione alla gestione dei presidi e delle procedure di manutenzione ed utilizzo degli stessi.

- Stimolare l'assistito all'autocura, per aiutare ad evitare il declino funzionale della persona, dovendo essa prodigarsi per mantenere o migliorare la sua condizione di salute.
- Rendere la persona assistita capace di distinguere le reali criticità assistenziali da circostanze avverse che non richiedono un intervento professionale per la loro risoluzione.
- Ridurre il carico assistenziale delle strutture territoriali ed ospedaliere, che nell'evenienza di una richiesta di intervento da parte della persona assistita devono mettere in campo le forze necessarie per farvi fronte.
- Ridurre il costo delle cure a carico dello Stato, che partecipa nelle forme stabilite dalla Legge alla copertura economica delle prestazioni erogate.

L'essenzialità di questo punto viene indagata con questo studio sperimentale quantitativo, che prende in esame in due diversi momenti due diversi campioni di pazienti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata presso il Distretto di Porto San Giorgio, afferente all'AV4 di Fermo facente parte dell'ASUR Marche.

3. Obiettivo

3.1 Il motivo dell'indagine. Lo studio nasce dall'esperienza diretta avuta nel corso dello svolgimento del Tirocinio Clinico presso il servizio di Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di Porto San Giorgio, facente parte dell'Area Vasta 4 dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche.

Le cure domiciliari sono rivolte a tutte le persone con limitazione temporanea/permanente della propria autonomia funzionale, affette da patologie croniche a medio - lungo decorso, o da patologie acute trattabili a domicilio.

Lo scopo è quello di portare a domicilio del paziente servizi di cura e riabilitazione ove le condizioni sanitarie e socio - assistenziali lo permettano. ²

Durante l'attività formativa è emerso come la maggior parte dei pazienti in regime di ADI e i loro caregivers siano alle prese con numerose problematiche relative alla gestione della patologia per la quale sono presi in cura. Tali criticità sono di natura ampia e variegata, ma sono tutte accumulate da un senso di dubbio e di ricerca della migliore soluzione possibile da parte dell'assistito.

Le incertezze dei pazienti vanno dalla difficile identificazione di segni e sintomi di complicanze, una scarsa capacità di gestire il presidio sanitario che devono utilizzare, una inefficace comprensione delle procedure da attuare per l'autocura o una cattiva esecuzione delle stesse, errori di valutazione e gestione della salute fino all'incapacità di eseguire correttamente le prescrizioni fornite.

Non bisogna infatti trascurare il fatto che i pazienti che sono seguiti dalle Cure Domiciliari sono per l'84% di età superiore ai 65 anni a ³, con la conseguente difficoltà fisica, mentale, culturale di recepire e svolgere adeguatamente ciò che viene loro richiesto di fare. Tali limitazioni possono essere inoltre aggravate da un contesto familiare e sociale sfavorevole, come nel caso dei soggetti grandi anziani che vivono da soli o con il coniuge pari età, oppure nel caso dei soggetti che vivono in un ambiente degradato.

Pazienti e caregivers in ogni caso all'insorgere della problematica cercano di porvi rimedio nella maniera che ciascuno ritiene migliore, in base alla propria percezione del rischio e della gravità. In particolare i soggetti sono soliti rivolgersi al Distretto Sanitario e al proprio infermiere di riferimento, oppure al proprio Medico di Medicina Generale o nei casi ritenuti più gravi accedono al Pronto Soccorso per avere una rapida valutazione

e risoluzione. Spesso i professionisti sanitari lamentano una scarsa percezione della salute da parte di pazienti e caregivers, che richiedono interventi e prestazioni assistenziali sproporzionati per la natura del problema stesso. Si verifica frequentemente infatti la richiesta di intervento da parte dell'Infermiere di Distretto per eventi che potrebbero essere gestiti in autonomia dal paziente, comportando l'utilizzo improprio delle risorse professionali ed economiche, oltre ad un lavoro ulteriore per gli Infermieri in un momento storico dove la mole di impegno risulta già gravosa oltre ogni misura. Stesso ragionamento si può applicare agli accessi impropri al Pronto Soccorso, che generano un sovraccarico ulteriore alla struttura e ai professionisti che vi lavorano, privando magari altri pazienti della possibilità di ricevere cure adeguate e tempestive.

Oltre alla richiesta di intervento di personale specializzato tuttavia si affianca una tipologia di interventi per fare fronte alla problematica che è pericolosa e nociva per la salute del paziente stesso. Alcuni soggetti infatti riferiscono di intervenire autonomamente in modo improvvido sul problema, senza avere nozioni o competenze a riguardo, oppure consultando mezzi di informazione come trasmissioni televisive, siti internet, oppure richiedendo l'intervento di persone care o vicine in senso fisico ed emotivo anche nel caso in cui non siano personale formato ed autorizzato allo svolgimento di alcune procedure.

Questo quadro è emerso dialogando con pazienti e caregivers durante l'esperienza di tirocinio clinico. Da qui è sorto l'interrogativo sulla possibilità di una integrazione e di un supporto educativo per prevenire l'insorgenza di complicanze, per risolvere le problematiche di entità gestibile da personale non sanitario e per riconoscere quali invece debbano essere trattate da professionisti.

3.2 Lo svolgimento dell'indagine. E' apparso subito chiaro come l'intervento educativo oggetto di studio dovesse limitarsi ad alcuni aspetti, non potendo infatti risolvere in una volta sola l'enorme varietà di problematiche assistenziali che hanno i pazienti ADI. Allo stesso modo l'obiettivo dello studio è quello di fornire uno strumento utilizzabile dalla platea di soggetti più ampia possibile, fermo restando il caposaldo del potenziamento dell'autonomia e dell'autocura. Non si può rendere materia di intervento personale del paziente o del caregiver qualcosa che esula dalla competenza di personale laico e che richiede invece l'intervento e la valutazione del professionista. Allo stesso tempo non è

possibile personalizzare eccessivamente lo strumento educativo, perché deve trattarsi di un mezzo di facile utilizzo e diretto alla più vasta popolazione possibile.

Ne deriva l'esigenza quindi di ottenere un campionamento dei pazienti in modo da avere una visione di quelle che sono le esigenze più sentite dai soggetti e di selezionare tra le problematiche più rilevanti quelle che possono essere oggetto di un potenziamento generico di educazione sanitaria.

E' stato quindi realizzato un questionario anonimo (Allegato 1) mirato a raccogliere informazioni generali riguardanti l'età del paziente, la sua condizione di vita, se assistito da familiari o caregiver o se vive da solo, la diagnosi e l'intervento infermieristico richiesto. Dopo la raccolta iniziale dei dati si passa a domande più specifiche sulle problematiche e le difficoltà riscontrate nell'autocura e nella gestione della salute. Si chiede al soggetto di indicare quali problemi ha riscontrato durante la sua storia patologica e quali azioni sono seguite all'insorgenza della problematica. Si chiede infine di esprimere un giudizio sulla sua capacità di provvedere autonomamente alla gestione della salute, se riesce a provvedere correttamente all'autocura, se ritiene utile una maggiore informazione e formazione a riguardo e se riterrebbe utile ricevere un opuscolo contenente tali informazioni.

In seguito alla raccolta di tali dati si è svolta un'analisi degli stessi, che riporta la necessità di intervento in tre particolari aree. Le medicazioni delle ferite, la gestione del catetere vescicale e la gestione della gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)

Dei tre si è scelto di scartare le medicazioni delle ferite, in quanto procedure che necessitano di una elevata competenza e non possono prescindere dalla valutazione clinica dell'Infermiere, oltre ad avere una elevata variabilità individuale da paziente a paziente e non potendo quindi essere oggetto di una educazione sanitaria generica.

Si è deciso quindi di intervenire sull'educazione sanitaria di soggetti portatori di Catetere Vescicale a permanenza e di Gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), in quanto soggetti che devono convivere a lungo con la propria condizione, in quanto presidi che possono essere più generalizzabili nella loro cura e gestione e in quanto spesso oggetto di complicanze che richiedono l'intervento di personale sanitario. La maggiore educazione sanitaria viene quindi giustificata dalla possibilità di migliorare la qualità della vita dei soggetti, di stimolare la loro autonomia e di evitare l'insorgenza di complicanze o il riconoscimento corretto delle stesse in modo da evitare interventi sanitari non necessari.

Si è scelto di realizzare degli opuscoli in quanto risulta evidente dalla letteratura^{4,5,6,7,8,9,10} come questo metodo comporti dei benefici nel migliorare il comportamento, la percezione e la gestione della salute nei pazienti, aventi anche patologie e condizioni diverse da quelle prese in esame. Tali opuscoli sono stati realizzati attingendo a modelli in uso presso altre ASL e basati sulle più recenti evidenze scientifiche.

In essi è presente una breve descrizione del presidio indossato dal paziente, sia esso un Catetere Vescicale a permanenza o una PEG, una spiegazione di come utilizzarlo correttamente e di come gestirlo per prevenire le complicanze e come riconoscere quali devono essere comunicate all'infermiere o al medico. Sono infine riportati i contatti telefonici a cui rivolgersi in caso di necessità.

3.3 Lo scopo finale dell'indagine. Dopo avere realizzato tali opuscoli si è provveduto a scegliere un nuovo campione di pazienti, sempre tra coloro che sono presi in carico dal servizio di Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di Porto San Giorgio, appartenente all'Area Vasta 4 afferente all'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, ma questa volta prendendo in esame solo coloro che sono portatori di Catetere Vescicale a permanenza o di Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG). A questi pazienti è stato fornito l'opuscolo di educazione sanitaria riguardante il proprio presidio ed è stato spiegato a voce il significato dello stesso, lo scopo per cui veniva consegnato e le modalità di utilizzo. E' stato quindi chiesto loro di esprimere un parere sul materiale fornito e sono stati invitati a servirsene secondo le loro necessità.

A tali pazienti è stato somministrato un secondo questionario, identico al primo, in cui venivano chieste le stesse informazioni, in modo da avere un confronto diretto sugli stessi punti ed argomenti rispetto al primo campione, per evidenziare così le differenze che potevano essere sorte a seguito dell'utilizzo dell'opuscolo di educazione sanitaria. Il questionario è stato loro somministrato ad una distanza di tempo variabile da 1 a 4 mesi in base al tempo in cui è stato possibile consegnare loro l'opuscolo educativo. Lo scopo finale è quello di evidenziare una diminuzione di necessità di interventi sanitari aggiuntivi oltre a quelli già previsti dai Piani Assistenziali Individuali di ciascun soggetto, la diminuzione dell'insorgenza di complicanze legate al presidio e una maggiore consapevolezza nella gestione autonoma dello stesso, nell'autocura e nella percezione della salute.

4. Materiali e metodi

4.1 Popolazione. La popolazione di riferimento dello studio è stata diversa nei tre momenti dell'indagine.

Il primo questionario anonimo è stato somministrato alla popolazione composta dal maggior numero di pazienti con cui si è riusciti ad entrare in contatto nel mese di novembre 2021 durante lo svolgimento del Tirocinio Clinico presso il servizio di Cure Domiciliari del Distretto di Porto San Giorgio. Tale popolazione è risultata composta da 50 soggetti.

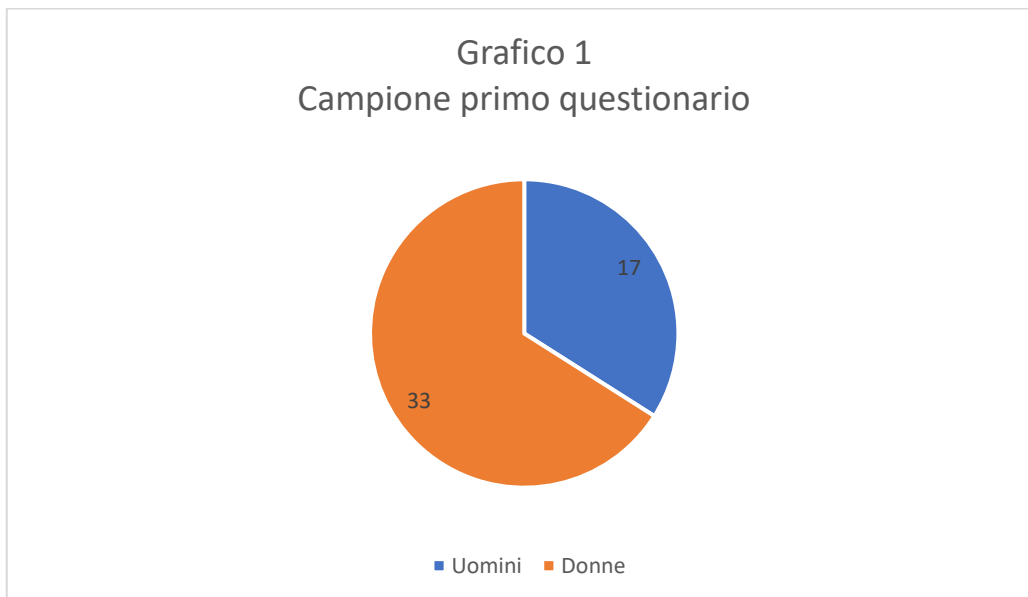
L'opuscolo è stato consegnato ad una popolazione composta dai soggetti portatori di Catetere Vescicale e di PEG presi in carico dal servizio di Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di Porto San Giorgio durante il periodo da Luglio ad Ottobre 2022. Tale popolazione è risultata composta da 61 soggetti.

Il secondo questionario anonimo è stato somministrato alla popolazione di soggetti che avevano ricevuto l'opuscolo, ad eccezione dei pazienti deceduti e di quelli che per altre ragioni non erano più presi in carico dal servizio di Cure Domiciliari. Tale popolazione è risultata composta da 48 soggetti.

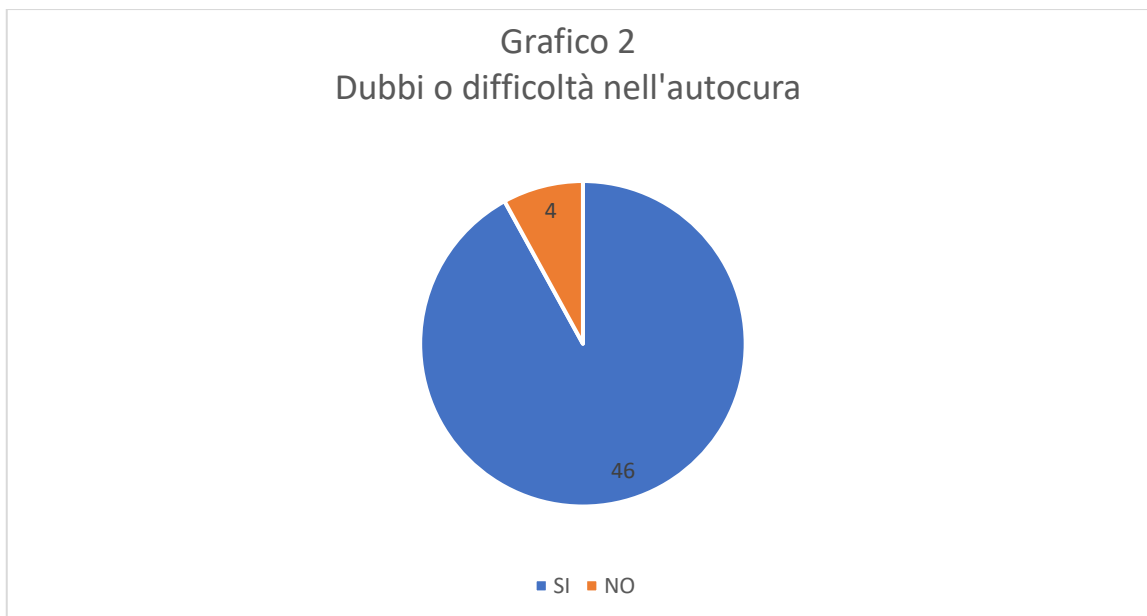
4.2 Campione. Il campione nel primo caso è stato scelto in modo totalmente randomizzato, essendo l'oggetto dell'indagine la stima delle problematiche assistenziali di maggior peso per i pazienti seguiti dal servizio di Cure Domiciliari. Si necessitava quindi del più ampio e variegato campione possibile in modo da ottenere un risultato quanto più possibile rappresentante la realtà.

L'età media del campione è di 79.8 anni. I soggetti sono residenti nei comuni di Fermo e Porto San Giorgio e hanno estrazione sociale, condizione di vita, realtà familiare diversa tra loro e non oggetto di campionamento. E' stato quindi chiesto loro, oltre a generici dati sulla propria condizione patologica, di indicare se abbiano mai avuto difficoltà o dubbi relativi all'autocura, alla gestione della salute o allo svolgimento delle procedure apprese. In caso di risposta affermativa Si chiedeva quali problematiche fossero state riscontrate, se relative alla gestione del presidio utilizzato, alla comprensione delle procedure da attuare, all'esecuzione corretta della procedura o errori di valutazione e di gestione della salute. Si è chiesto loro quali azioni siano seguite all'insorgenza della problematica, se

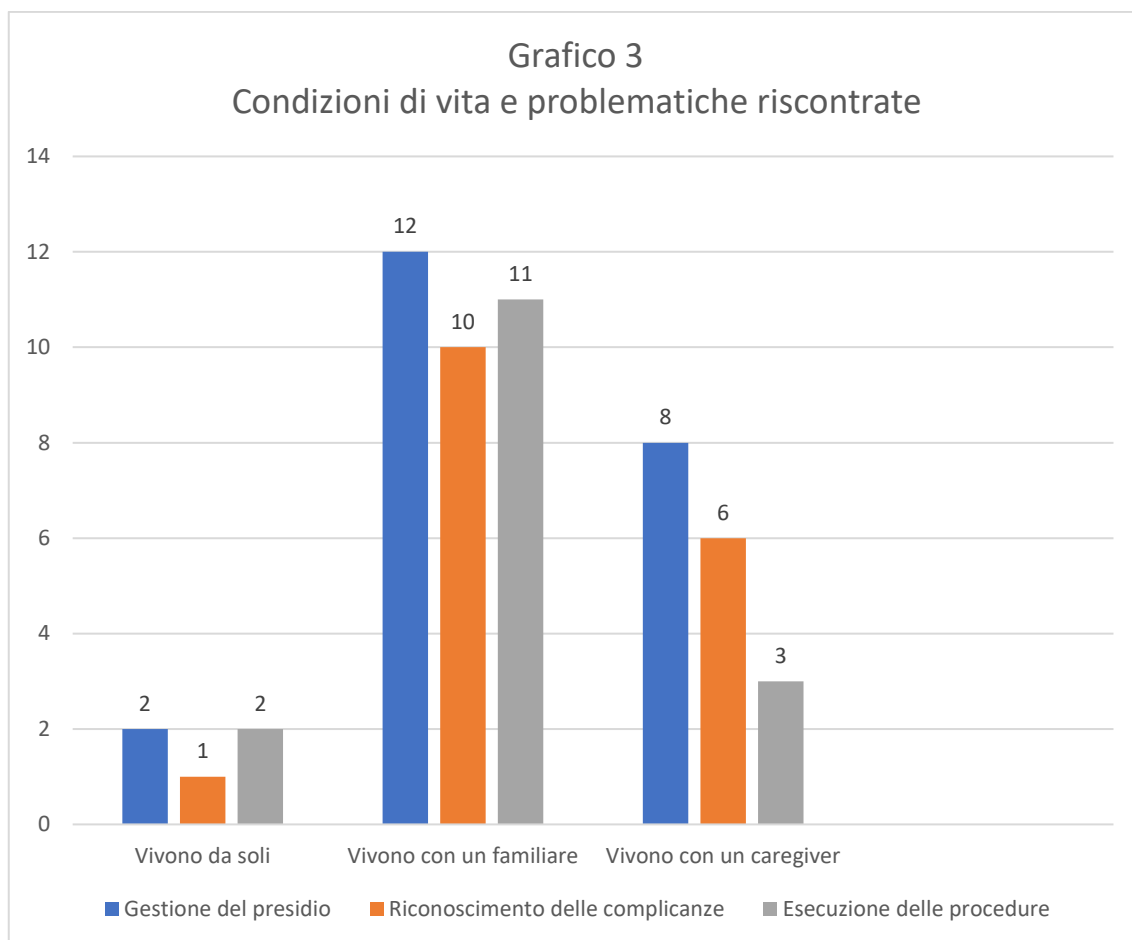
una telefonata al proprio MMG, o all'infermiere di distretto o se avessero cercato di porvi rimedio autonomamente.



Il campione è risultato essere composto da 50 soggetti, di cui 33 donne e 17 uomini (grafico 1)



Di questi il 92% ha avuto o ha problemi o dubbi legati all'autocura (grafico 2)



Di questo campione di 50 soggetti si è scelto di isolare i soggetti portatori di Catetere Vescicale e PEG per i motivi espressi in precedenza.

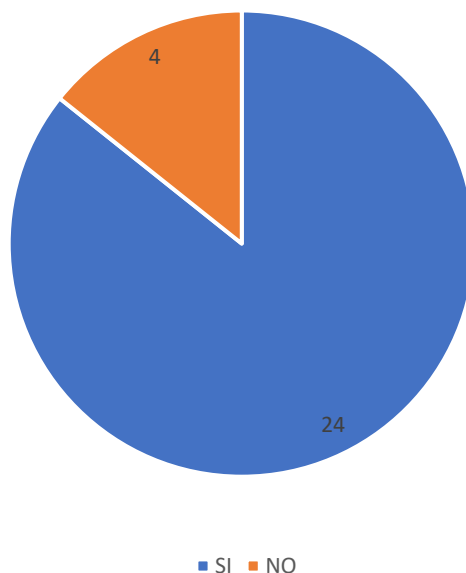
23 soggetti sono portatori di Catetere Vescicale e 8 di PEG. Di questi 28 soggetti (3 di essi sono portatori di entrambi i presidi):

3 vivono da soli e hanno difficoltà in particolare nella gestione del presidio e nell'esecuzione delle procedure.

14 vivono con un familiare e riscontrano problematiche miste e presenti quasi in uguale misura, ma in percentuale molto alta. L'86% ha dichiarato di avere problemi nella gestione del presidio, il 71% ha dichiarato di avere problemi a riconoscere le complicanze e il 78% ha dichiarato di avere problemi nello svolgimento delle procedure.

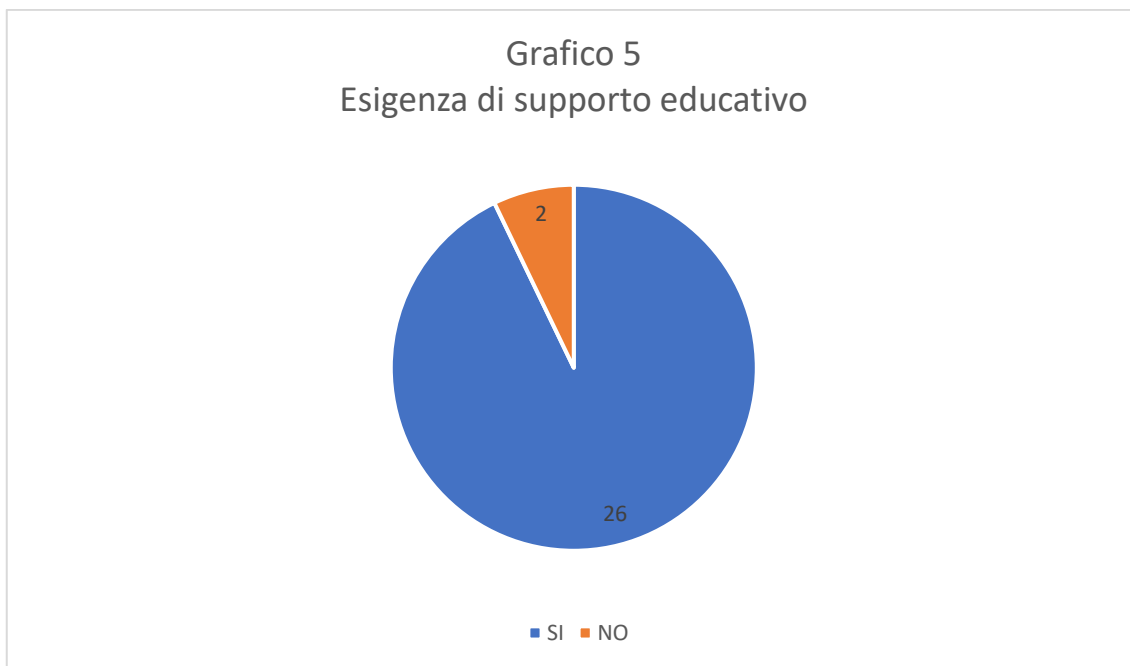
11 soggetti infine vivono con un caregiver e hanno difficoltà soprattutto nella gestione del presidio (73%), mentre hanno meno problemi nell'esecuzione delle procedure e nel riconoscimento delle complicanze (28% e 54% rispettivamente) (grafico 3)

Grafico 4
Hanno almeno una volta avuto bisogno di assistenza
sanitaria ulteriore?



Di questi 28 soggetti l'86% ha dichiarato che almeno una volta nel corso della sua storia clinica ha avuto bisogno per risolvere un problema legato all'autocura, alla gestione delle complicanze o al mancato riconoscimento delle stesse di un intervento sanitario ulteriore, sia esso stato richiesto ad un infermiere del distretto, al proprio medico di medicina generale o scaturito in un accesso al pronto soccorso. Di questa percentuale non è stato possibile verificare quanti e quali di questi interventi assistenziali richiesti fossero realmente necessari al paziente, essendo fatti accaduti nel passato e non valutabili oggettivamente. Viene preso in considerazione il dato raccolto in virtù del fatto che l'obiettivo auspicabile di una buona condotta domiciliare e di una corretta educazione terapeutica sia quello di non fare insorgere problematiche nel paziente tali da richiedere un intervento sanitario professionale ulteriore. (grafico 4)

Grafico 5
Esigenza di supporto educativo



Infine il dato più significativo ai fini dell'indagine. Dei 28 soggetti presi in considerazione per lo studio solamente 2 hanno ritenuto non necessario implementare il supporto educativo, per ragioni legate principalmente all'esperienza acquisita nella gestione della propria patologia.

Gli altri 26, ovvero il 93% del campione, hanno invece dichiarato di essere interessati ad avere un supporto educativo ulteriore, in quanto risulta loro difficile la gestione della propria problematica assistenziale. Non vi è una significativa discrepanza tra le varie condizioni di vita nell'esprimere una necessità di supporto educativo. (grafico 5)

Il secondo campione è stato scelto all'interno della popolazione a cui era stato consegnato l'opuscolo, poiché l'obiettivo finale dello studio è quello di valutare l'efficacia del nuovo strumento educativo al fine di ridurre le problematiche legate alla gestione del presidio CV o PEG e di conseguenza l'accesso improprio al pronto soccorso o la richiesta di ulteriore intervento professionale sanitario, oltre agli interventi svolti in maniera non adeguata in autonomia dal paziente.

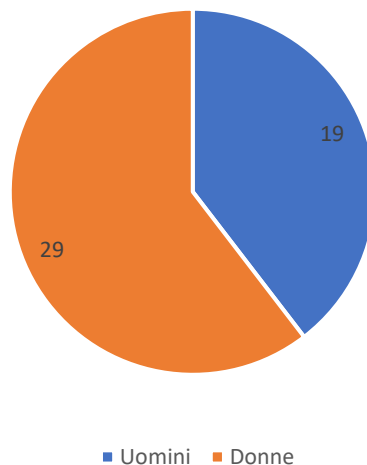
L'opuscolo è stato consegnato a 61 pazienti presi in carico dal servizio di Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di Porto Giorgio e portatori di CV e/o PEG.

Questi soggetti erano diversi rispetto a quelli appartenenti al primo campione.

Questi soggetti hanno ricevuto l'opuscolo informativo in un periodo di tempo variabile da 4 mesi ad 1 mese prima della raccolta finale dei dati. Questo perché alcuni soggetti sono entrati in regime di ADI in tempo successivo all'inizio dello studio, mentre altri hanno ricevuto l'opuscolo alla prima visita programmata dell'infermiere del distretto di riferimento. Questa diversa tempistica ha influito sulla raccolta finale dei dati, ma non è stato possibile un metodo di distribuzione diverso trattandosi di pazienti che ricevono la visita dell'infermiere talvolta in modo molto sporadico, soprattutto i pazienti portatori di CV a permanenza.

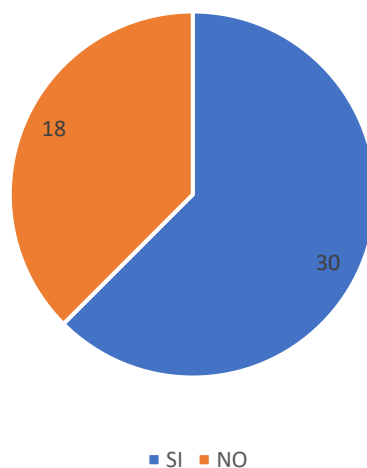
Tra questi 61 pazienti è stato ottenuto un campione formato da 48 soggetti, dei quali 10 sono portatori di PEG, 41 sono portatori di CV e 3 di entrambi i presidi. Il campionamento è stato ottenuto raggiungendo il numero più alto possibile di soggetti a cui era stato consegnato l'opuscolo. A tali soggetti è stato proposto lo stesso questionario somministrato al primo campione, per poter apprezzare la differenza statistica dei due risultati ottenuti. E' stato quindi chiesto loro, in anonimato, oltre a generici dati sulla propria condizione patologica, di indicare se abbiano mai avuto difficoltà o dubbi relativi all'autocura, alla gestione della salute o allo svolgimento delle procedure apprese. In caso di risposta affermativa si chiedeva quali problematiche fossero state riscontrate, se relative alla gestione del presidio utilizzato, alla comprensione delle procedure da attuare, all'esecuzione corretta della procedura o errori di valutazione e di gestione della salute. Si è chiesto loro quali azioni siano seguite all'insorgenza della problematica, se una telefonata al proprio MMG, o all'infermiere di distretto o se avessero cercato di porvi rimedio autonomamente. E' stato inoltre chiesto ai soggetti se avessero utilizzato l'opuscolo durante il periodo di osservazione.

Grafico 6
Campione del secondo questionario

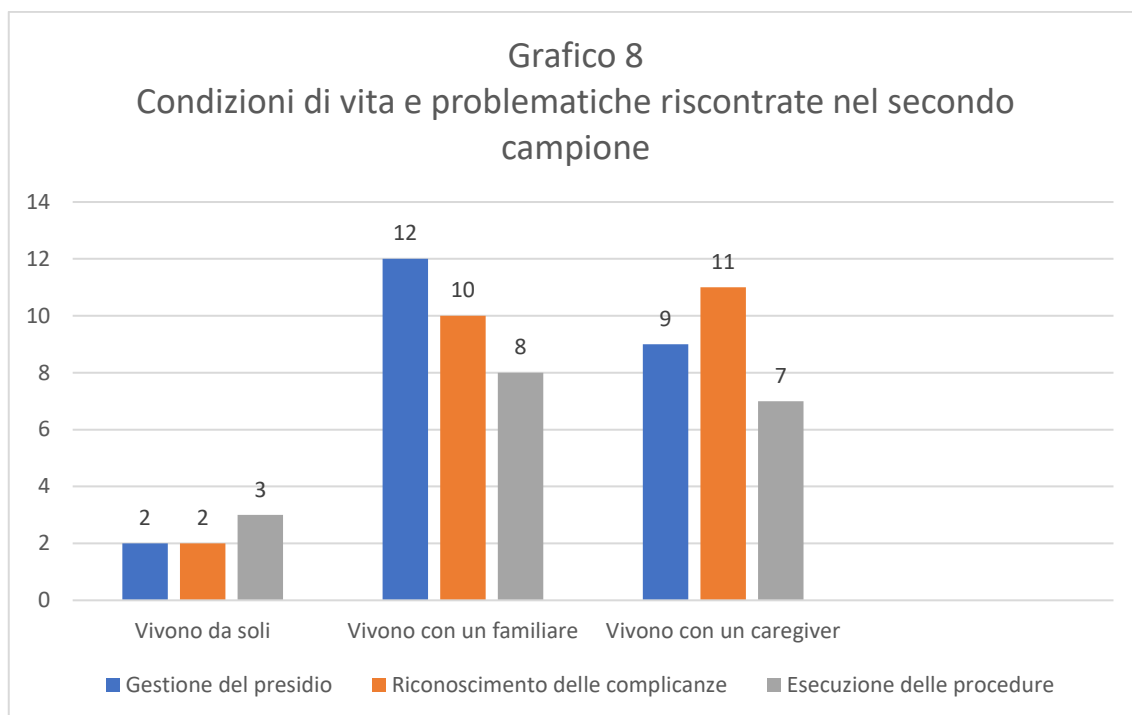


Il campione è risultato composto da 29 donne e 19 uomini (grafico 6) L'età media è di 80.6. I soggetti sono residenti nei comuni di Fermo e Porto San Giorgio e hanno estrazione sociale, condizione di vita, realtà familiare diversa tra loro e non oggetto di campionamento.

Grafico 7
Dubbi o difficoltà nell'autocura del secondo campione



Di questi il 62,5% ha avuto problemi relativi all'autocura. (grafico 7)



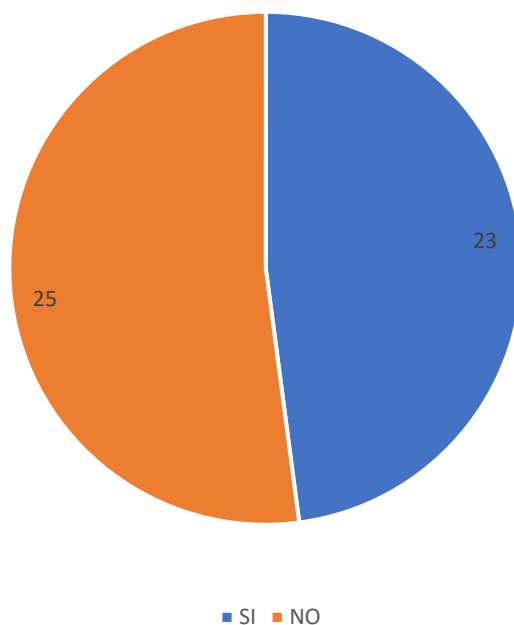
Nel secondo campione sono risultati:

4 soggetti che vivono da soli e hanno difficoltà in particolare nell'esecuzione delle procedure in autonomia.

26 soggetti vivono con un familiare. Di questi pazienti che avevano ricevuto l'opuscolo sull'educazione sanitaria il 46% ha dichiarato di avere avuto problemi nella gestione del presidio, il 38% di aver avuto problemi nel riconoscere le complicanze e il 30% di non riuscire a svolgere correttamente le procedure.

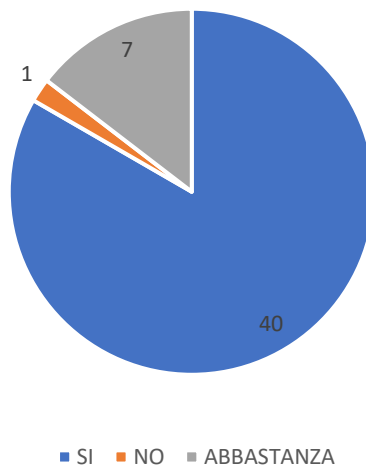
18 soggetti tra coloro che hanno ricevuto l'opuscolo infine vivono con un caregiver e di questi la percentuale più alta, il 61% ha avuto difficoltà nel riconoscimento delle complicanze, mentre in misura minore, rispettivamente il 50% e il 39% hanno avuto problemi con la gestione del presidio e con l'esecuzione delle procedure. (grafico 8)

Grafico 9
Hanno almeno una volta avuto bisogno di assistenza sanitaria ulteriore?



Il dato finale sulla necessità di ulteriore assistenza sanitaria nei 48 soggetti che hanno ricevuto l'opuscolo di educazione sanitaria è che ne ha avuto bisogno il 48% di loro. Non è stato possibile anche in questo caso stabilire se la richiesta di ulteriore assistenza sanitaria, fosse essa rivolta all'infermiere del distretto, al proprio MMG o al pronto soccorso, sia stata giustificata da una reale condizione di difficoltà del paziente che non poteva essere risolta in modo autonomo. (grafico 9)

Grafico 10
Soddisfazione dei pazienti



Ai soggetti che hanno ricevuto il volantino e su cui è stata svolta l'indagine conclusiva è stato chiesto infine se fossero soddisfatti del nuovo strumento di educazione terapeutica utilizzato. L'83% del campione si è definito soddisfatto del nuovo strumento, il 14% si è definito abbastanza soddisfatto, ma ritiene di non essere comunque in grado di provvedere autonomamente all'autocura, mentre solo 1 soggetto sui 48 totali non si è definito soddisfatto in quanto non ritiene che un supporto cartaceo sia utile nella gestione della propria problematica.

4.3 Strumenti e periodo di analisi. Ai soggetti dei due campioni è stato fornito un questionario anonimo, autoprodotta e visualizzabile come Allegato 1. Il questionario al primo campione è stato somministrato nel mese di novembre 2021, mentre il questionario al secondo campione è stato somministrato al termine dello studio, nel mese di Ottobre 2022. Il questionario è stato validato ed autorizzato dal Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti della Facoltà di Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Fermo, dott. Adoriano Santarelli, dalla Relatrice e Tutor dott.ssa Isabella Baglioni, dal Direttore del Distretto di Porto San Giorgio dott. Licio Livini e dal Direttore dell'area Infermieristica e Ostetrica dell'AV4 di Fermo dott. Renato Rocchi. L'autorizzazione è visualizzabile come Allegato 4.

Gli opuscoli, visualizzabili come Allegato 2 e 3, sono stati consegnati ai pazienti nel periodo compreso tra Luglio 2022 e Settembre 2022.

5. Risultati

Lo studio effettuato ha come scopo quello di dimostrare l'efficacia di un nuovo strumento di educazione terapeutica nel prevenire complicanze nei pazienti portatori di CV e di PEG e di evitare richieste di interventi inopportuni al personale sanitario del distretto o dei punti di primo intervento.

Il primo campione di soggetti è stato educato senza l'utilizzo dell'opuscolo, mentre il secondo campione è stato educato anche con l'utilizzo dell'opuscolo.

Tra questi il campione di soggetti che vive da solo non è statisticamente rilevante per poter fare una stima della differenza tra l'educazione con e senza opuscolo.

Del campione di soggetti che vive con un familiare ed è stato educato con l'utilizzo dell'opuscolo ha avuto problemi nella gestione del presidio nel 46% dei casi, contro l'86% dello stesso campione che non è stato però educato con l'opuscolo. Nel 38% dei casi ha avuto problemi a riconoscere le complicanze, contro il 71% del primo campione. Infine nel 30% dei casi non è riuscito a svolgere correttamente le procedure, contro il 78% dei casi del campione precedente senza opuscolo.

Del campione di soggetti che vive con un caregiver ed ha ricevuto l'educazione sanitaria anche grazie all'opuscolo il 50% ha avuto problemi con la gestione del presidio, contro il 73% del precedente campione. Il 61% ha avuto difficoltà nel riconoscimento delle complicanze, contro il 54% del primo campione e il 39% ha avuto problemi con l'esecuzione corretta delle procedure contro il 28% del primo campione.

I pazienti che sono stati educati con l'opuscolo infine hanno avuto necessità di un'ulteriore assistenza sanitaria oltre quella prevista nel 48% dei casi contro l'86% del precedente campione.

Infine il 62 % dei pazienti ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta l'opuscolo per richiamare alla memoria delle informazioni educative.

6. Discussione

I risultati ottenuti mettono in relazione la maggiore educazione sanitaria ricevuta dal secondo campione di pazienti grazie all'utilizzo dell'opuscolo con una diminuzione sensibile della richiesta di interventi sanitari ulteriori per risolvere problematiche legate all'autocura del paziente.

Non è possibile stabilire una relazione univoca tra i due eventi, in quanto le variabili in questione sono molteplici e vanno tenute in considerazione.

Prima tra tutte la variabile temporale. Il secondo campione di soggetti ha trascorso meno tempo dall'educazione sanitaria ricevuta alla possibile presentazione delle problematiche, le quali risentono esse stesse del periodo temporale in cui è stata svolta l'analisi. Un'osservazione più lunga potrebbe mettere in risalto il fattore legato alla memoria del paziente o caregiver nel seguire le istruzioni ricevute o un naturale peggioramento delle condizioni cliniche che può portare a richieste di assistenza maggiori.

Altra variabile è l'esperienza del paziente e delle persone che gli sono intorno, familiari o caregiver. Si è notato come i pazienti che vivono con un caregiver abbiano meno problemi rispetto a coloro che vivono con i familiari nell'esecuzione delle procedure relative al presidio indossato. Questo può dipendere dall'esperienza acquisita in anni di attività da parte di caregivers che pur non essendo formalmente competenti nella gestione di presidi e nell'esecuzione delle procedure, lo diventano con il passare del tempo. Questi pazienti avranno un rischio minore di avere delle complicanze rispetto a coloro che invece sono vivono con familiari inesperti o che debbono a loro volta essere istruiti ed educati nello svolgimento delle procedure e nella gestione del presidio.

Questi elementi non consentono quindi di stabilire in modo univoco come l'utilizzo di un opuscolo di educazione sanitaria sia decisivo nel diminuire le difficoltà che i pazienti hanno nell'autocura e nella gestione della propria condizione, ma evidenziano un trend positivo che questi soggetti hanno avuto nel tempo.

Il punto di debolezza dello studio relativo all'elevata variabilità del campione preso in esame è quindi controbilanciato dall'irrisorio costo economico della fornitura di materiale informativo, al fronte di quello ben più rilevante che si avrebbe dovendo garantire ulteriore assistenza sanitaria ai soggetti, e dai dati che comunque dimostrano un elevato gradimento da parte dei pazienti nel ricevere materiale educativo e una diminuzione

sensibile del numero di interventi assistenziali aggiuntivi nel campione di soggetti che ha ricevuto l'opuscolo. Si rimanda quindi a studi futuri la determinazione oggettiva di quanto il fattore temporale sia decisivo nell'insorgenza delle complicanze nei pazienti ADI portatori di CV e PEG o di quanto invece sia l'educazione sanitaria implementata a rendere migliore la vita dei pazienti.

7. Conclusioni

Questo studio si è posto l'obiettivo di fornire un nuovo modello di educazione sanitaria in pazienti in regime di ADI portatori di CV e di PEG e di verificarne l'efficacia in relazione al numero e alle tipologie di richieste di assistenza aggiuntiva dei soggetti oltre quelle suggerite dal proprio PAI.

La ricerca ha previsto la somministrazione di brochures informative ad un campione di 61 pazienti diversi per età, situazione familiare, condizioni di vita, e patologia alla base della necessità assistenziale. La precedente fase della ricerca aveva infatti evidenziato la necessità per questa tipologia di pazienti di avere un maggiore supporto educativo per poter gestire con maggiore autonomia la propria criticità assistenziale.

La brochure presentava una sintesi di interventi, osservazioni e precauzioni Evidence Based che il soggetto poteva attuare in autonomia, o assistito dal caregiver di riferimento nel caso fossero sopraggiunte problematiche relative alla gestione del presidio indossato o per evitare che le stesse insorgessero.

Ai pazienti è stato spiegato l'intento dell'intervento educativo ed è stata illustrata loro la brochure con l'utilizzo che era previsto ne facessero. E' stato inoltre chiesto loro un primo giudizio sulla bontà dello strumento e sulle loro impressioni a riguardo.

Lo studio ha monitorato i pazienti per una durata di tempo variabile, da 1 mese a 4 mesi, dipendente da fattori esterni alla ricerca.

Durante l'osservazione i pazienti sono stati assistiti secondo le indicazioni del PAI e non sono stati svolti ulteriori interventi educativi ad eccezione per quelli consigliati dalle contingenze del momento.

Al termine del periodo di osservazione è stato effettuato un nuovo campionamento tra i soggetti che avevano avuto l'opuscolo e a 48 di loro è stato chiesto, con l'utilizzo di un questionario, se la gestione autonoma del presidio CV o PEG fosse risultata difficoltosa o meno, per quale motivo e se avessero utilizzato la brochure informativa come sostegno alla risoluzione del problema.

Le risposte dei questionari hanno evidenziato come i pazienti abbiano apprezzato il supporto cartaceo di educazione sanitaria, avendolo utilizzato nel 62% dei casi per consultarlo come promemoria di una buona pratica quotidiana o per prevenire o risolvere problematiche che non necessitavano di un intervento professionale, evitando nella

maggior parte dei casi la chiamata al distretto, l'accesso improprio al pronto soccorso o nei casi peggiori l'utilizzo di pratiche e metodiche non raccomandate dalle linee guida e riservate ad un personale professionista.

La fornitura dell'opuscolo non ha chiaramente risolto del tutto la problematica di gestione domiciliare di CV e PEG. Si è evidenziato come questo strumento abbia una maggiore efficacia in pazienti che sono in regime di ADI da più tempo, correlando quindi la ridotta necessità di assistenza aggiuntiva anche all'esperienza acquisita da pazienti e caregiver nella gestione del presidio. Si è evidenziato però come in soggetti portatori del presidio da minor tempo il maggiore supporto educativo sia stato accolto con molto entusiasmo, a significato di come l'esigenza di una relazione di cura più profonda, di una maggiore autonomia, di un supporto emotivo, dato dal tempo impiegato ad illustrare lo strumento educativo, e pratico, dato dallo strumento in sé come promemoria di quanto spiegato oralmente dall'Infermiere, siano percepiti dai pazienti in regime di ADI.

La percentuale di pazienti che si è definita soddisfatta della consegna dell'opuscolo è stata dell'86%, con un solo paziente che si è dichiarato indifferente o non soddisfatto.

La percentuale di pazienti che hanno necessitato almeno una volta di un'assistenza ulteriore per la gestione della problematica legata al CV o PEG è stata del 62%, contro il 92% del primo campione.

L'analisi dei risultati e la discussione critica in merito hanno evidenziato come tale risultato possa senz'altro essere ricondotto all'utilizzo della brochure informativa da parte di pazienti e caregiver, senza però dimenticare come altri fattori possano entrare in gioco quando si tratta di donne e uomini, di salute e di necessità assistenziali. Prima fra tutti la tempo-dipendenza della ricerca è stata decisiva nell'influenzare i risultati della tesi, per la quale sarebbe auspicabile che ulteriori ricerche future, o una prosecuzione dello studio in oggetto riuscissero a individuare con maggiore oggettività l'efficacia dello strumento proposto o a proporre un nuovo con migliori risultati. Altro fattore condizionante il buon esito della tesi è la situazione familiare del paziente e la sua condizione di vita. Si è evidenziato come pazienti grandi anziani che vivono da soli o con un coniuge grande anziano abbiano maggiori difficoltà nella gestione autonoma della propria condizione, risentendo meno dell'aiuto che uno strumento di supporto cartaceo possa fornire loro. Pazienti che sono invece di età minore, che hanno caregivers esperti al proprio fianco risentono meno dell'efficacia del supporto cartaceo in quanto più capaci di organizzare

un'assistenza efficace senza necessità di ulteriore aiuto. La condizione familiare e il contesto di vita del paziente giocano quindi un ruolo fondamentale nell'esigenza educativa e nella possibilità di una efficace autocura.

In conclusione quindi si ritiene la maggiore educazione terapeutica e lo strumento cartaceo fornito ai pazienti una soluzione di costo quasi nullo, ma potenzialmente di grande impatto nel miglioramento dell'assistenza domiciliare in soggetti portatori di CV e PEG. Si rimanda studi ulteriori una più oggettiva quantificazione dei benefici ottenuti da questa tesi, che non è scevra di fattori influenzanti che non potevano essere esclusi dalla conduzione dello studio e dall'analisi dei dati.

Il risultato ottenuto si ritiene tuttavia soddisfacente, in quanto una analisi costi/benefici fa pendere decisamente l'ago in favore di questi ultimi.

8.SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

- ¹ <https://salute.gov.it/cure-domiciliari>
- ² <https://www.asurmarche4.it/>
- ³ <https://salute.gov.it/assistenza-domiciliare-agli-anziani/>
- ⁴ Shonna Yin et al, Preventing home medication administration errors. PubMed (nih.gov)
- ⁵ Payne Drew, Catheters at home: managing urinary catheters in the home environment. PubMed (nih.gov)
- ⁶ Walhagen Margaret et al, Hearing loss education for older adults in primary care clinics: benefits of a concise educational brochure. PubMed (nih.gov)
- ⁷ Murray Christine et al, Vaginal pessaries : can an educational brochure help patients to better understand their care?. PubMed (nih.gov)
- ⁸ Edmonds W. Stephanie et al, Understanding Preferences for Osteoporosis Information to develop an osteoporosis patient education brochure. PubMed (nih.gov)
- ⁹ Mody Lona et al, a national implementation project to prevent catheter-associated urinary tract infection in nursing home residents. PubMed (nih.gov)
- ¹⁰ Meneguetti Goncalves Mayra et al, Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters: a quasi-experimental study

Per gli opuscoli.

Opuscolo La gestione della PEG a domicilio:

www.gastroenterologiaunibo.it/informativa-PEG-2015

www.asl5.liguria.it/la-gestione-della-stomia/

www.ospedalesassuolo.it

Opuscolo La gestione domiciliare del catetere vescicale

www.aslvc.piemonte.it

www.aopd.veneto.it

www.asst-settelaghi.it

www.humanitas.it

Esposito S et al, Management and prevention of catheter-associated urinary tract infections: current opinions and clinical practice. PubMed (nih.gov)

Willson Margaret et al, Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: second part, staff education, monitoring and care techniques. PubMed (nih.gov)

9 Allegati

9.1 Allegato 1

QUESTIONARIO EDUCAZIONE SANITARIA PAZIENTI E CAREGIVER

Età dell'assistito:

Vive solo/a? SI NO

Se NO, chi è il caregiver? Coniuge Fi^{o/a} Bad^{te} Altro
Diagnosi di ingresso ADI:

.....
.....
.....

Intervento infermieristico richiesto:

.....
.....
.....
.....
.....

L'assistito o il caregiver ha mai avuto difficoltà o dubbi sull'autocura, gestione della salute o svolgimento delle procedure apprese in autonomia?

SI

NO

Se SI, quali problematiche sono state riscontrate?

- Identificazione di segni e sintomi di complicanze
- Gestione/sostituzione del presidio utilizzato
- Comprensione delle procedure da attuare
- Esecuzione della procedura in modo corretto
- Errori di valutazione/gestione della salute
- Seguire le prescrizioni date
- Altro (specificare).....

.....

Quali azioni sono seguite all'insorgenza della problematica?

- Telefonata all'Infermiere di riferimento
- Telefonata al Distretto Sanitario
- Telefonata al Medico curante
- Interventi sul problema in autonomia
- Cessazione delle attività di cura
- Richiesta di consulti a personale non sanitario (parenti, conoscenti..)
- Consultazione di pagine internet o di altri mezzi di informazione

La problematica è stata infine risolta? SI

Se SI come?

.....

.....

.....

.....

.....

Da 1 a 10, dove 1 indica 'per niente' e 10 indica 'completamente d'accordo', il paziente/caregiver indichi il suo giudizio sulle seguenti affermazioni:

- E' in grado di provvedere autonomamente alla gestione della salute:
- E' in grado di provvedere correttamente alla gestione della salute:
- Ritene necessaria una maggiore informazione/formazione sulla gestione della salute o sull'esecuzione delle procedure:
- Riterrebbe utile un opuscolo con brevi testi di spiegazione del presidio/procedura infermieristica e che informino sulla sua corretta gestione:
- Riterrebbe utile un opuscolo che contenga principalmente immagini esemplificative dello svolgimento delle procedure da eseguire:

Eventuali annotazioni conclusive:

9.2 Allegato 2

Somministrazione di farmaci

Prima di somministrare i farmaci occorre sospendere momentaneamente la nutrizione.

Le compresse prescritte dal medico possono essere polverizzate e somministrate dopo diluizione in 20 ml di acqua

Non mescolare mai i farmaci alla soluzione nutrizionale. Lavare la sonda con 10-20 ml di acqua prima e dopo la somministrazione. Somministrare i farmaci uno alla volta, lavando la sonda fra uno e l'altro. **La somministrazione scorretta di farmaci è la principale causa di ostruzione o deterioramento della sonda**

Le complicanze

Fuoriuscita liquido dalla stomia. Controllare la posizione della sonda e la quantità di ristagno gastrico; verificare che il paziente sia seduto a 30/45°. Nel caso che la fuoriuscita di liquido persista, segnalare agli operatori.

Ostruzione della sonda. eseguire lavaggio della sonda con acqua tiepida, se possibile gassata, o con bicarbonato cercando di rimuovere eventuali residui. Se deteriorata avvisare gli operatori.

Nausea e Vomito. Controllare il ristagno gastrico e rallentare la velocità di infusione; posizionare il paziente seduto a 30/45°. Se al vomito fa seguito tosse, è possibile che il paziente inalò le soluzioni somministrate; stoppare immediatamente la somministrazione e avvisare gli operatori.

Arossamento della cute peristomiale. Può essere utile l'applicazione di pomate ad effetto locale, da utilizzare però su parere infermieristico.

Dislocazione/rimozione accidentale. La sonda deve considerarsi rimossa quando è uscita interamente al di fuori del corpo o quando è visibile esternamente il palloncino. Tamponate la sede di inserzione con garze e fissate con cerotto; avvertite immediatamente gli operatori e/o trasferite il paziente al Pronto Soccorso. **Solo se addestrati** posizionare un catetere nuovo di tipo foley a palloncino per mantenere il tramite pervio e avvertite in ogni caso il vostro centro di riferimento.

Recapiti utili:

Distretto Sanitario Porto San Giorgio: **0734 6252743**

Brochure realizzata dallo studente inf. Michele Catinari

La gestione della PEG a domicilio



CHE COS'È?

Con il termine **PEG** (gastrostomia percutanea endoscopica) si intende il posizionamento di una sonda per alimentazione direttamente nello stomaco del paziente attraverso la parete addominale.

La **Nutrizione Enterale** è una forma di nutrizione artificiale che consiste nella somministrazione di nutrienti la PEG, direttamente nel tratto gastro-enterico (stomaco/intestino), in tutti i pazienti che non possono assumere cibo in quantità sufficiente con l'alimentazione naturale. Le manovre necessarie per somministrare l'alimentazione enterale devono essere eseguite nei tempi corretti e in modo igienico, seguendo le istruzioni ricevute; l'attenzione prestata permetterà di evitare le complicanze, che sono rare ed in genere non gravi.

Importante ricordare che il Paziente a domicilio, potrà contare sull'assistenza del proprio Medico di Medicina Generale e sul Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).



La gestione domiciliare

La gestione domiciliare della PEG non è difficile, ma richiede alcune attenzioni quotidiane.

Dopo 10 giorni circa dal posizionamento la stomia non necessita più di medicazione e basterà lavare quotidianamente la cute peristomiale con acqua tiepida e sapone liquido, asciugando e tamponando delicatamente. In seguito **ogni giorno si deve**: far ruotare dolcemente il fissatore esterno fino a compiere una rotazione completa; e spingere leggermente la sonda verso l'interno e quindi verso l'esterno della fistola, verificando che si muova liberamente. Dopo il lavaggio lasciar asciugare la cute all'aria senza coprirla. Durante l'igiene osservare la presenza di arrossamenti della cute intorno alla sonda. Se presenti contattare l'infermiere di riferimento.

L'igiene orale deve essere preservata, lavando la bocca e i denti (o la protesi) almeno due volte al giorno.

La nutrizione

La tecnica di somministrazione dipende dalla funzionalità dell'intestino e dalle condizioni cliniche del paziente.

La miscela nutritiva può essere somministrata: **in maniera continua** (24 ore su 24), utilizzando preferibilmente una pompa ad infusione, in **infusione intermittente**, durante la quale la miscela viene suddivisa in porzioni uguali, somministrate 3-6 volte nell'arco della giornata. L'infusione avviene per gravità, in 30-90 minuti o attraverso un **bolo unico** (circa 200-400 cc ogni 2-3 ore) con una siringa, metodo rapido ma a rischio di effetti collaterali. Seguire l'indicazione del medico e del piano nutrizionale personalizzato.

Nelle operazioni di manipolazione della sonda nutrizionale e dei sistemi di somministrazione è importante seguire alcune semplici **norme igieniche** come lavare le mani e lavare la PEG dopo ogni somministrazione con 15-30 ml di acqua, utilizzando la siringa con raccordo ENFit.

Si raccomanda di sostituire il deflussore ogni 24 ore e di conservare i flaconi di nutrizione in un luogo fresco e asciutto e non esposto alla luce solare.

La somministrazione

Le precauzioni da rispettare sono molto semplici: prima di somministrare la miscela nutrizionale valutare l'eventuale presenza di ristagno gastrico, aspirando dolcemente con una siringa, controllare che la PEG non sia ostruita (iniettare nella sonda 20-30 ml di acqua); evitare trazioni brusche e movimenti della sonda durante l'utilizzo. Durante la somministrazione, il paziente dovrà rimanere **seduto o sdraiato con il busto sollevato di almeno 30 gradi** (sollevare la testata del letto o appoggiare il busto su due cuscini). Questa posizione dovrà essere **mantenuta per 60 minuti** dopo la fine della somministrazione per evitare il reflusso dei nutrienti. Le miscele nutrizionali e l'acqua vanno somministrate a temperatura ambiente. Attraverso la sonda si devono **somministrare SOLO** i seguenti prodotti: miscela nutrizionali, acqua, liquidi, soluzioni glucosate o fisiologiche; farmaci preferibilmente in forma liquida, o tritati finemente. Non somministrare alimenti comuni frullati o liofilizzati.

9.3 Allegato 3

LA GESTIONE DOMICILIARE DEL CATETERE VESCICALE

CHE COS'E' E COME FUNZIONA:

Il catetere è un dispositivo medico che permette la fuoriuscita dell'urina dalla vescica in modo sterile e continuo in una apposita sacca.



Esistono diverse tipologie di sacche di raccolta: da gamba, con valvola, a fondo chiuso.



IGIENE:

Utilizzare un catetere vescicale non è controindicazione a una corretta igiene, anzi è fondamentale al fine di ridurre l'insorgenza di infezioni associate al cateterismo. È quindi utile **seguire le indicazioni sotto riportate:**

Preferire l'esecuzione della doccia ed evitare il bagno in vasca.

Se si utilizza la sacca da gamba è possibile fare la doccia senza staccare la sacca delle urine.

Sostituire le cinghie bagnate con delle cinghie asciutte e provvedere al fissaggio della sacca delle urine sulla gamba opposta a quella utilizzata in precedenza.

E' consigliato l'utilizzo di un sapone neutro, mentre è consigliabile il parere infermieristico per l'applicazione di borotalco, altre polveri o spray in zona perineale.

Mantenere asciutta la cute della zona perineale al fine di evitare l'insorgenza di lesioni.

È utile quindi, dopo aver eseguito l'igiene perineale, tamponare accuratamente con un asciugamano pulito.

IGIENE NEL PAZIENTE ALLETTATO:

Indicazioni per il caregiver

Come eseguire l'igiene inguinale nel **paziente uomo?**

Lavarsi le mani prima e dopo e utilizzare i guanti monouso

Detergere partendo dal pube e comprendere la cute della regione inguinale.

Retrarre il prepuzio e far scorrere l'acqua utilizzando una brocca.

Detergere il glande con movimento rotatorio partendo dal meato uretrale.

Pulire quindi il pene, lo scroto e la regione perianale.

Sciacquare con acqua corrente e ricoprire il glande con il prepuzio.

Detergere il Catetere Vescicale e procedere con il fissaggio della sonda con un cerotto anallergico nella zona sovra-pubica o nella parte alta della coscia (il pene va rivolto verso l'alto)

Come eseguire l'igiene perineale **nel paziente donna?**

Lavarsi le mani prima e dopo e utilizzare i guanti monouso

Detergere partendo dal pube e comprendere la cute della regione inguinale; Divaricare le piccole e le grandi labbra utilizzando la mano non dominante

Far scorrere l'acqua utilizzando la brocca.

Detergere dal meato uretrale verso l'ano, dall'interno verso l'esterno con movimento unidirezionali.

Sciacquare con acqua abbondante e asciugare accuratamente.

Detergere il Catetere Vescicale e procedere al fissaggio della sonda nella zona interna della coscia.

In entrambi i casi: durante l'esecuzione dell'igiene intima è necessario **asportare eventuali secrezioni e/o incrostazioni presenti attorno al catetere** in prossimità del meato uretrale, procedendo dal meato verso l'esterno con movimento rotatorio evitando di provocare trazioni. Per compiere questa operazione è sufficiente utilizzare delle garze pulite, acqua e sapone.

Se la persona scarica feci è necessario effettuare la pulizia al più presto facendo attenzione a rimuovere le feci in maniera corretta.

La persona portatrice di catetere vescicale può indossare il pannolone senza problemi, facendo attenzione nel controllare eventuali scariche di feci, che vanno rimosse al più presto.

Durante l'igiene il catetere non deve essere piegato né tirato poiché la trazione può favorire lesioni. L'urina inoltre deve scendere verso il basso, non salire. Per questo occorre stare attenti alla posizione della **sacca di raccolta che deve essere sempre al di sotto della vescica.**

INDICAZIONI PER LA MOBILIZZAZIONE

Evitare di trazionare il catetere

Durante il trasferimento letto-carrozzina per evitare trazioni portare la sacca del catetere vescicale dal lato del letto prossimo alla carrozzina.

Prima della mobilizzazione controllare la sacca di raccolta urine, se piena provvedere a svuotarla.

Assicurarsi che la sacca della urine non sia posizionata sopra il livello della vescica o appoggiata sul pavimento.

Il catetere vescicale non costituisce una controindicazione alla mobilizzazione! Bisogna solo prestare una po' di attenzione affinché non vengano effettuate manovre che possono causare danno al paziente.

GESTIONE DELLA SACCA DELLE URINE

Ogni sacca ha la sua gestione particolare, fare riferimento alle indicazioni fornite dall'infermiere del servizio di Cure Domiciliari.

In ogni caso sempre ricordarsi di:

Provvedere ad un'adeguata igiene delle mani prima e dopo la manipolazione del catetere vescicale, del tubo di drenaggio e della sacca di raccolta

Utilizzare guanti non sterili ogni volta che si entra in contatto con il presidio

Evitare che la valvola della sacca di raccolta tocchi il pavimento

Durante il **cambio della sacca delle urine**, eseguito secondo le indicazioni del personale infermieristico, per ridurre il rischio di insorgenza di infezione, è importante **evitare di contaminare il catetere**. A tal proposito è utile l'utilizzo di una traversa monouso/asciugamano, di garze sterili e di un disinfettante. Ricordati sempre di avere vicino un contenitore per lo smaltimento dei rifiuti.

Procedere con il lavaggio delle mani e indossare guanti monouso

Posizionare una traversa monouso/asciugamano sotto il punto di raccordo tra catetere e sacca di raccolta

Tenere chiuso con le dita il catetere vescicale e staccarlo dal tubo di drenaggio, facendo attenzione a non toccare le estremità di raccordo

Disinfettare il punto di raccordo del catetere sempre mantenendolo chiuso con le dita.

Prendere la nuova sacca delle urine, togliere il cappuccio di protezione (facendo sempre attenzione a non toccare l'estremità del raccordo) e inserire il raccordo della nuova sacca urine

Una volta collegata la nuova sacca delle urine è possibile rilasciare il catetere e sistemare il paziente

Eliminare i rifiuti, togliersi i guanti e provvedere al lavaggio delle mani.

PRINCIPALI COMPLICANZE. COME EVITARLE E COME GESTIRLE

Febbre improvvisa con brivido, dolore al basso ventre, bruciore alla minzione, urine torbide e maleodoranti, sangue nelle urine. Possono essere segni di una infezione alle vie urinarie. Può essere prevenuta attuando correttamente le norme igieniche descritte in precedenza, sia per quanto riguarda la pulizia del paziente, sia per quanto riguarda la gestione della sacca di raccolta. Nel caso in cui dovesse verificarsi deve essere allertato il proprio medico di medicina generale.

Perdita di urine dal catetere in prossimità del meato uretrale. Può essere causata da diversi fattori, dei quali possono essere prevenuti la calcolosi vescicale e il malposizionamento del catetere. Per quanto riguarda i calcoli alla vescica si consiglia di assumere sostanze in grado di acidificare le urine, come il succo di arancia o di mirtillo o frutta ad alto contenuto di vitamina C. Per quanto riguarda il corretto posizionamento del catetere si consiglia di seguire le raccomandazioni riguardanti il fissaggio e la mobilizzazione. Nel caso dovessero esservi perdite di urine dal meato in prossimità del catetere contattare l'infermiere di riferimento.

Interruzione del flusso urinario. Può essere causato da un ripiegamento o schiacciamento del tubo, controllare in quel caso il posizionamento della sacca e che essa non vada a finire sotto la gamba del paziente. Se il tubo risulta correttamente srotolato provare ad esercitare una leggera pressione dopo aver indossato il guanto sull'estremità del tubo del catetere, per favorire il distacco di eventuale sedimento dai fori di raccolta delle urine. Nel caso in cui dovesse permanere la condizione di flusso di urine interrotto contattare l'infermiere di riferimento.

Diminuzione della diuresi ed urine concentrate. Spesso sono dovute ad una inadeguata idratazione. In assenza di controindicazioni, anche la persona portatrice di catetere vescicale dovrebbe mantenere un adeguato apporto di liquidi. Una buona idratazione (1,5-2 litri al giorno), infatti, ha effetti benefici sulla salute. Si consiglia di assumere un maggior introito di liquidi e di monitorare la situazione nelle minzioni successive.

Rimozione accidentale del catetere. Il catetere si considera rimosso quando in seguito ad una trazione accidentale esso risulta fuoriuscito del tutto o risulta visibile esternamente il palloncino di ancoraggio. In tal caso segnalare l'evento immediatamente all'infermiere. Nel caso in cui la trazione non abbia causato la fuoriuscita del catetere non serve contattare l'infermiere, monitorare l'andamento del dolore e la presenza di sangue nelle urine successivamente. In tal caso avvisare l'infermiere.

Insorgenza di lesioni. Contattare l'infermiere se si notano lesioni cutanee a livello del meato urinario o della zona in cui è fissata la sacca di raccolta. Per evitare le lesioni evitare di tenere il catetere sempre nella stessa posizione e cambiare la zona di appoggio della sacca.

9.4 Allegato 4

Fermo, li 6/12/21

Al Direttore Distretto P.S.Giorgio- AV4 - Fermo

Al Direttore Area Inf.ca/ Ostetrica - SPS
AV4 - Fermo

Oggetto: autorizzazione somministrazione questionario presso Distretto P.S.Giorgio

Il sottoscritto **CATINARI MICHELE** il 3/05/1993, residente a Fermo (Fm), via Enrico Bellesi, studente del 3° Anno del Corso di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo,

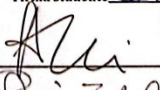
chiede, alle S.S.L.L.

l'autorizzazione a somministrare un questionario agli utenti in carico presso il servizio ADI del distretto di Porto San Giorgio e ai loro caregivers per rilevare le problematiche che ciascuno di essi si trova a dover vivere nelle rispettive realtà nella gestione della salute e di identificare successivamente le aree assistenziali che necessitano di un supporto educativo cartaceo o visivo per poter supportare gli interventi infermieristici sul territorio.

Tutti i dati, trattati rispettando la normativa sulla privacy, verranno sottoposti ad un'analisi statistica descrittiva che verrà inserita nella mia tesi di Laurea, prevista per novembre 2022, con il controllo della mia Relatrice, Dott.ssa Baglioni Isabella.
Cordiali saluti.

Firma studente 
(Catinari Michele)

Visto

Direttore ADP: Dr. Adoriano Santarelli 

Relatore: Dott.ssa Baglioni Isabella 

Si Autorizza

Il Direttore Distretto P.S.Giorgio

Il Direttore Area Inf.ca/ Ostetrica - SPS