

# Le persone in Terapia Anticoagulante Orale (TAO): costruzione di un intervento educativo gestito dagli infermieri dei distretti della ASL 3 Genovese e valutazione del gradimento

Contributi  
ed esperienze

**Contesto.** Distretti socio-sanitari della ASL 3 "Genovese". Nei sei distretti sono seguiti 3764 pazienti in TAO per il monitoraggio periodico del tempo di protrombina-International Normalized Ratio (INR).

**Obiettivo.** Migliorare le conoscenze delle persone in TAO afferenti ai servizi distrettuali mediante incontri educativi di gruppo gestiti da infermieri.

**Metodo.** Formazione degli infermieri ed elaborazione di una prima bozza di opuscolo, alla versione finale hanno collaborato i cardiologi ospedalieri, i laboratori del Dipartimento di Patologia Clinica (DIPAC), l'Unità di Gestione del Rischio (UGR) e i Medici di Medicina Generale (MMG). Adattamento di un questionario di valutazione dell'incontro per indagare: chiarezza e utilità dei contenuti, appropriatezza del metodo educativo e utilità dell'opuscolo. Pianificazione dell'incontro.

**Risultati.** Da Settembre a Dicembre 2008 hanno partecipato ai 96 incontri 1074 pazienti (51% degli invitati); sono stati coinvolti 120 infermieri. La percentuale di partecipazione si differenzia notevolmente nei sei distretti (dal 26% al 68%). L'età media dei partecipanti era 74 anni (range 33-95). Hanno risposto al questionario 1039 (97%); la maggioranza ha espresso un giudizio molto positivo sugli incontri. Sono stati individuati i problemi, i punti di forza e i limiti dell'intervento. Si è delineato il piano d'azione per il 2009.

**Conclusioni.** Gli incontri di educazione sanitaria sono graditi ai pazienti. L'aspetto vincente è stato il coinvolgimento di tutte le figure.

Angela Corbella<sup>1</sup>  
Laura Bottari<sup>1</sup>  
Isabella Cevasco<sup>1</sup>  
Sara Giacobbe<sup>1</sup>  
Isabella Roba<sup>2</sup>  
Serena Rossini<sup>1</sup>  
Monica Tognarelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Responsabili Infermieristici  
Distrettuali, ASL 3 Genovese

<sup>2</sup>Referente Macroarea  
Assistenza Infermieristica  
Distrettuale ASL 3 Genovese

## Introduzione

Il termine TAO si riferisce ai farmaci antagonisti della vitamina K (Warfarin o Coumadin® – il più usato – e Acenocumarolo o Sintrom®) il cui scopo è di abbassare in modo controllato e reversibile la coagulazione del sangue per ottenere la massima protezione dagli incidenti trombo embolici con il minimo rischio emorragico. Negli ultimi anni la prescrizione di TAO è aumentata in quanto, alle indicazioni ormai consolidate da decenni, se ne sono aggiunte di nuove soprattutto per la prevenzione primaria e secondaria del tromboembolismo nei pazienti

con fibrillazione atriale (FA); sono inoltre aumentate le persone anziane in TAO in quanto il rischio di trombosi aumenta con l'età. Nel 2005 la Federazione Centri per la Diagnosi della Trombosi e la Sorveglianza delle Terapie Antitrombotiche (FCSA) stimava che la TAO era utilizzata in Italia da oltre 800.000 persone.<sup>1</sup> Il modello di gestione varia notevolmente tra i vari paesi.<sup>2</sup> In linea generale i due modelli principali sono la Usual Care (UC) prevalente negli USA, Canada e Francia (cure di routine: medico di base o specialista) e l'approccio specialistico delle Anticoagulation Clinic (AC) più dif-

fuso in Europa (Inghilterra, Olanda). In Italia esistono 330 Centri Specializzati per la sorveglianza dei pazienti in TAO (CSA) che seguono 80.000 pazienti, circa 1/10 dei pazienti stimati in trattamento con AO in Italia.<sup>3</sup>

Vi è un consenso pressoché unanime sull'elevato rischio degli Anticoagulanti Orali (AO) per la complessità del dosaggio, l'esigenza di un costante monitoraggio dell'efficacia (test di laboratorio), la difficoltà di garantire l'adesione alla terapia e le interazioni con altri farmaci soprattutto negli anziani.<sup>4-7</sup> Si tratta di una delle 4 classi di farmaci che causano più frequentemente ricoveri prevenibili.<sup>5</sup> Nell'ambito delle cure primarie gli AO sono una delle classi di farmaci più associati ad errori fatali nella terapia.<sup>6</sup> La Joint Commission, tra gli obiettivi per la sicurezza del paziente indica la riduzione del rischio di danno da terapia anticoagulante.<sup>8</sup> L'efficacia e la sicurezza della TAO sono strettamente dipendenti da un corretto range terapeutico espresso come tempo di protombina-International Normalized Ratio (INR).

**L'educazione alla persona in TAO.** Come per tutte le condizioni croniche, l'educazione è di cruciale importanza. La National Patient Safety Agency (NPSA) inglese, raccomanda che i pazienti in terapia anticoagulante ricevano informazioni scritte e orali all'inizio della terapia, alla dimissione dall'ospedale, al primo appuntamento presso il centro specializzato e, quando necessario, durante il trattamento<sup>9</sup> Opuscoli informativi sono stati elaborati dalla British Society for Haematology (BSH) in collaborazione con la NPSA<sup>10</sup> e dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) USA.<sup>11</sup> Recentemente l'educazione alla persona in TAO ha assunto un peso ancora più determinante con l'affermarsi di forme di autogestione; essa può essere limitata al controllo dell'INR tramite coagulometro portatile (self-test) o comprendere la gestione/dosaggio del farmaco (self-management). Numerosi studi,<sup>12-14</sup> anche condotti in paesi e contesti diversi (Olanda,<sup>15-16</sup> Francia,<sup>17</sup> Spagna,<sup>18</sup> Austria,<sup>19</sup> Gran Bretagna<sup>20-22</sup>) oltre ad una metanalisi,<sup>23</sup> dimostrano l'efficacia dell'autogestione sul controllo dell'anticoagulazione (TTR), miglior qualità di vita e minori complicanze. L'autogestione si è dimostrata efficace anche nella popolazione

anziana<sup>24</sup> e a domicilio.<sup>25</sup> Meritano infine di essere citate esperienze anglosassoni<sup>26-27</sup> di servizi gestiti da infermieri. In particolare lo studio di Fitzmaurice<sup>26</sup> dimostra che nell'ambito delle cure primarie un ambulatorio gestito da un infermiere utilizzando il self-test e il supporto di software per le decisioni sul dosaggio del farmaco è paragonabile per efficacia e sicurezza al follow up ospedaliero di routine.<sup>26</sup> Il coordinamento della gestione ambulatoriale dei pazienti in TAO viene effettuato anche da infermieri case manager.<sup>28</sup>

**Il contesto.** La ASL 3 Genovese ha un'estensione territoriale di circa 1060 Km<sup>2</sup> ed una popolazione di 772.237 abitanti. L'azienda sta vivendo una delicata fase di transizione con la ridefinizione dell'assetto organizzativo sia della rete ospedaliera, per un processo di de-aziendalizzazione, che del territorio, per un maggior potenziamento e coordinamento/integrazione tra cure primarie e ospedali. Comprende un Presidio Ospedaliero Metropolitano con 6 Ospedali (919 posti letto) e 6 distretti che incidono su 40 Comuni. I centri prelievi territoriali sono 32 (15 nell'area urbana e 17 in quella extraurbana). Vi afferiscono 3764 (di cui 1317, 35%, domiciliari) persone in TAO per il monitoraggio periodico dei valori di INR (media due prelievi/mese = circa 90.300 accessi/anno – dati Dicembre 2008), seguite dai MMG o specialisti e rappresentano circa il 42% dell'intera platea di persone in TAO che incide sul territorio della ASL (12 cittadini su mille). L'età media dei pazienti in TAO è omogenea nei 6 distretti: 73 anni per gli utenti ambulatoriali e 82 per quelli domiciliari. Il presente lavoro si colloca all'interno di un progetto triennale avviato nel 2007 in collaborazione con i cardiologi ospedalieri, il DIPAC, l'UGR e i MMG per migliorare la gestione delle persone in TAO nei servizi distrettuali e, nello specifico, intervenire sull'assenza di pianificazione e realizzazione di interventi educativi. Il progetto si pone l'obiettivo di migliorare le conoscenze delle persone in TAO afferenti ai servizi distrettuali mediante incontri educativi di gruppo gestiti da infermieri. In questo rapporto vengono descritti la preparazione degli interventi educativi e la valutazione del gradimento dei pazienti.

## Materiali e metodi

### Il lavoro si è svolto in più fasi:

- a) formazione rivolta a tutto il personale infermieristico dei centri prelievi distrettuali: 5 edizioni di due giornate d'aula (16 ore) rivolte a 120 infermieri in aggiornamento obbligatorio ECM. Gli obiettivi del corso erano:
1. Aggiornare le conoscenze dei partecipanti sulla terapia anticoagulante: indicazioni, rischi, effetti collaterali, monitoraggio INR, importanza dell'educazione
  2. Revisionare il processo di lavoro per rafforzare integrazione e coordinamento tra distretti, DIPAC, medici ospedalieri e MMG
  3. Elaborare una bozza di opuscolo informativo/educativo per il paziente e i familiari

Gli infermieri avevano già partecipato l'anno precedente ad un corso sull'educazione terapeutica del paziente cronico. La seconda giornata, dopo una breve introduzione (2 ore) sui concetti generali dell'educazione, è stata dedicata alla costruzione di un opuscolo informativo.

Nell'elaborazione dell'opuscolo si doveva tener conto del target (popolazione anziana con livello di istruzione medio-basso, con polipatologie e che assume più farmaci), della semplicità del linguaggio, precisione dei termini, chiarezza, comprensibilità dei concetti, supporto di illustrazioni, essenzialità dei contenuti/utilità pratica, della sicurezza del paziente.

I partecipanti sono stati suddivisi in gruppi. Ciascun gruppo, sulla base dei contenuti della prima giornata, delle diverse guide a disposizione,<sup>10-11, 29-31</sup> inclusa una già in uso presso la Cardiologia Riabilitativa, doveva:

- elaborare una bozza di opuscolo inclusiva di disegni
- presentare in plenaria il lavoro svolto
- decidere in plenaria guidati dal docente (responsabili infermieristici distretti) quali parti selezionare dai diversi lavori per giungere ad un'unica bozza.

Dopo le 5 edizioni del corso, un gruppo di responsabili e coordinatori infermieristici, in base ai contributi presentati ed ai contenuti della revisione sistematica<sup>32</sup> ha steso la 2° bozza.

- b) condivisione, revisione e approvazione della bozza da parte dei medici cardiologi ospedalieri, del DIPAC, dell'UGR e della Conferenza dei MMG organizzata in ogni distret-

to. In alcuni distretti vi sono state difficoltà nell'arrivare ad un accordo sulla frequenza del prelievo INR (ogni 25-30 giorni, dopo 2-3 mesi di trattamento, se il valore si mantiene nell'intervallo terapeutico) in quanto alcuni MMG ritengono che un monitoraggio più frequente garantisca maggior sicurezza. Esistono infatti ampie discrepanze nella frequenza del controllo INR tra i sei distretti (dal 40% dei pazienti con frequenza settimanale in un distretto all'8% in un altro). È stato semplificato l'elenco dei cibi contenenti Vitamina K, come anche i farmaci che si possono assumere; da una frase perentoria sull'uso dell'aspirina si è passati alla frase "*L'uso dell'aspirina potrebbe essere pericoloso*" in quanto alcuni pazienti la assumono in aggiunta alla TAO.

- c) stampa degli opuscoli illustrati dal titolo "*La tua Guida per la Terapia Anticoagulante Orale (TAO)*". L'opuscolo è disponibile sul sito intranet/internet [www.gestionerischio.asl3.liguria.it/](http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/) alla sezione "Principali rischi in sanità: uso di farmaci". I contenuti dell'opuscolo sono riportati nel riquadro 1.
- d) elaborazione di un questionario per la valutazione degli incontri. Il questionario (adattato da strumenti già esistenti)<sup>33-34</sup> ha 6 domande con risposte su una scala Likert a 5 punti, per indagare chiarezza e comprensibilità delle informazioni ricevute, l'utilità degli argomenti trattati, l'efficacia del metodo educativo e l'utilità dell'opuscolo. I questionari sono stati consegnati dal personale infermieristico al termine di ogni incontro e potevano essere compilati con l'aiuto degli infermieri se richiesto.
- e) pianificazione dell'incontro educativo, della durata di un'ora, rivolto a 20-25 pazienti. Durante l'incontro venivano proiettate diapositive basate sui contenuti dell'opuscolo, poi consegnato ai pazienti. L'incontro è stato sempre tenuto almeno da due infermieri: nei primi 30m' si proiettavano le diapositive e veniva spiegato l'opuscolo, 20m' erano dedicati a domande/discussione, 10m' alla compilazione del questionario di valutazione.

## Risultati

Nella **Tabella 1** sono presentati dati di partecipazione agli incontri nei sei distretti.

SINTESI DEI CONTENUTI DELL'OPUSCOLO

**I contenuti seguono alla formulazione di semplici domande in sequenza logica:**

*Che cosa è la TAO?*

*A che cosa serve?*

*A chi serve?*

*Quanta ne serve / Quale dose di farmaco?*

*Come stabilire la dose efficace di farmaco?*

*Che valori deve avere l'INR?*

*Come posso controllare il valore dell'INR?*

*Con quale frequenza devo fare il prelievo?*

*Come assumere il farmaco?*

*Quali sono le precauzioni da seguire?*

*Devo seguire una dieta particolare?*

*Posso bere alcolici?*

*Posso usare prodotti di erboristeria?*

*Posso assumere altri farmaci?*

*Che cosa fare se ho bisogno del dentista?*

*Che cosa fare in caso di esami endoscopici?*

*Le donne giovani o in gravidanza possono assumere la TAO?*

*Posso viaggiare e fare sport?*

La parte conclusiva dell'opuscolo riprende i concetti chiave;

i) *Ricorda di avvertire tempestivamente il medico se..* (segue un elenco delle principali situazioni analizzate in precedenza)

ii) *Domande più frequenti* (seguono domande chiave atte a ripetere i principali contenuti)

iii) *Elenco dei centri prelievi distrettuali* (con indirizzi e numeri telefonici)

iv) *Diario* ...comprendente nome del farmaco, range terapeutico, una tabella con 4 colonne: data, valore INR, dose del farmaco, note); sull'ultima di copertina c'è un cartellino da ritagliare fronte/retro con tutte le informazioni utili in caso di accesso ai servizi di Pronto Soccorso, medici specialisti, servizi diagnostici ecc...,

**Tabella 1 - Dati sugli incontri educativi**

Dati di partecipazione (Settembre-Dicembre 2008)	N.	%
Incontri educativi	96	
N. pazienti / familiari invitati	2103	
N. pazienti / familiari partecipanti	1074	51%*
Infermieri coinvolti	120	
Opuscoli distribuiti**	5248	

\*Percentuale di partecipazione nei distretti: 26, 43, 52, 55, 62, 68%.

\*\*oltre che ai partecipanti sono stati distribuiti anche ai MMG e ai reparti ospedalieri.

**I questionari di valutazione dell'incontro.**

Hanno risposto al questionario 1039/1074 partecipanti (97%) (Tabella 2), età media 74 anni (range 33-95). Tra questi il 15% assume la TAO da <1 anno, il 54% da 1 a 5 anni, il 22% da 6 a 10 e il 9% >10 anni. Nel 61% dei casi i questionari sono stati autocompilati, per gli altri le risposte sono state raccolte da un infermiere.

**Tabella 2 - Il gradimento dei pazienti**

	Per nulla/poco (1-2) N (%)	Abbastanza (3) N (%)	Molto/moltissimo (4-5) N (%)	Totale N (%)
Le informazioni ricevute erano chiare e comprensibili?	1 (0.1) 2103	71 (6.9)	962 (93)	1034
Pensa di utilizzare le informazioni acquisite nella vita quotidiana?	5 (0.5) 120	123 (11.9)	907 (87.6)	1035
Ritiene che il metodo educativo sia efficace?	1 (0.1)	74 (7.2)	967 (92.7)	1032
Ritiene che l'opuscolo sia utile?	-	70 (7)	962 (93)	1032

Quasi tutti i pazienti (1026, 99.6%) danno una valutazione di buono/eccellente all'incontro e

il 99.6% (1022), consiglierebbe ad un amico/consociente in TAO di partecipare all'incontro.

**I temi più discussi.** Il tema più dibattuto è stato la dieta. Molti utenti avevano ricevuto indicazioni diverse da quelle dell'opuscolo. La controversia (tra infermieri e pazienti?) è tra:

a. *vietare/consentire alcuni cibi a maggior contenuto di Vitamina K.* Alcuni centri TAO, reparti ospedalieri o MMG hanno fornito elenchi di cibi vietati e consentiti con moderazione. Nell'opuscolo si consiglia al paziente di continuare a seguire la sua dieta abituale, di consumare regolarmente frutta e verdura e di mantenere costante/regolare l'assunzione di alimenti che contengono vitamina K (segue elenco), perché riduce l'effetto dei farmaci anticoagulanti orali. Altri temi di interesse sono stati:

- l'interazione con altri farmaci soprattutto antidolorifici, antipiretici e antinfiammatori; alcuni pazienti, nonostante da danni in TAO non sapevano che i FANS potenziano l'effetto della TAO; l'opuscolo consiglia di evitare, in linea generale, di assumere farmaci senza prima aver consultato il medico e in caso di febbre / dolore di usare farmaci a base di paracetamolo.
- le modalità e gli orari di assunzione del farmaco; quanto lontano dai pasti e cosa fare in caso di dimenticanza. Nell'opuscolo si consiglia di assumere il farmaco nelle ore centrali del pomeriggio o la sera prima di andare a letto, e comunque sempre all'incirca alla stessa ora. In caso di dimenticanza di non assumere doppia dose e di avvertire il medico.
- la frequenza dei prelievi per la determinazione dell'INR. Molti medici non indicano sulla ricetta la frequenza del prelievo per cui il paziente si "autogestisce" gli accessi con il risultato che pazienti più apprensivi effettuano controlli settimanali, mentre altri ogni 2-3 mesi. Le indicazioni riportate nell'opuscolo sono di fare il prelievo ogni 3 giorni per la prima settimana dall'inizio della terapia, ogni 7 dalla seconda alla quarta, ogni 15 giorni dopo un mese e successivamente ogni mese, specificando che i controlli possono essere diradati se il valore si mantiene nell'intervallo terapeutico. Un altro punto che risultava poco chiaro a molti pazienti era la ripetizione del prelievo in caso di valore fuori

range ( $>4 >5$  o  $<2$ ) seguito da modifica del dosaggio. Anziché attendere 3-4 giorni per ripetere il prelievo alcuni pazienti si presentavano il giorno successivo.

## Discussione

**Dati di partecipazione.** La ridotta partecipazione in due distretti ( $<50\%$ ), può essere dovuta a più cause:

- a) la scarsa continuità nella gestione del progetto dovuta alla riorganizzazione aziendale
- b) il fatto che la popolazione dei due distretti appartenga prevalentemente al ceto sociale medio-alto con maggiori possibilità e/o capacità di accesso alle informazioni e in generale alle cure. È ipotizzabile che questi utenti abbiano già un bagaglio di informazioni e capacità di autocura.

In generale, la partecipazione può ritenersi soddisfacente sia in considerazione del fatto che l'intervento prosegue nel 2009, che la popolazione ha un'età elevata e conseguenti difficoltà negli spostamenti e che il 31% assume la TAO da  $\geq 6$  anni e presumibilmente ha già un adeguato bagaglio di conoscenze.

**I questionari di valutazione.** Il gradimento è stato molto elevato. Già durante gli incontri il clima era di confronto, condivisione sia tra persone in TAO e/o familiari che con gli operatori. Questo risultato può dipendere in parte dalle domande strutturate con risposte predeterminate che possono suggerire le risposte anche se la persona non ha un'opinione precisa sull'argomento; ma anche dalla "*desiderabilità sociale*"<sup>34</sup> che potrebbe aver influenzato le risposte nel senso voluto dagli operatori, conosciuti spesso da anni oppure (ancora più probabile) dall'infermiere che somministrava il questionario.

I temi prioritari emersi dai partecipanti e le osservazioni del personale coinvolto nel progetto, pongono l'esigenza di revisionare l'opuscolo; in particolare si propone di:

- approfondire il tema della dieta motivando in maniera più precisa le indicazioni fornite;
- precisare meglio, assieme alle indicazioni sulla frequenza dell'INR e gli intervalli dei valori, il concetto di "Che cosa fare se il valore INR è  $>4$  o  $5$  o  $<2$ ?" soprattutto indican-

do che, dopo la riduzione della dose, occorre attendere 3-4 giorni per ripetere il prelievo;

- ridurre/snellire la parte sulla gravidanza in quanto non è rilevante per la stragrande maggioranza degli utenti che ha un'età media di 74 anni.

### **Problemi emersi:**

- scarsa o nulla esperienza degli infermieri nella conduzione di interventi educativi di gruppo. Sembrava un ostacolo notevole; tuttavia è stato in buona parte superato da:

- a) un corso di aggiornamento obbligatorio accreditato ECM ha consentito al personale infermieristico di avere 18 ore per riunirsi e preparare l'intervento educativo (inviti scritti per ogni paziente, fogli presenza, diapositive, raccolta dati di partecipazione ecc..) e soprattutto simulare l'incontro nel ruolo di educatore con feed back da parte del gruppo e del coordinatore. In alcuni distretti quasi tutti gli infermieri, a rotazione, hanno condotto gli incontri; in altri il personale più anziano o che non si sentiva preparato ha funzionato da "supporto" dando il suo contributo nella discussione e preparazione dell'incontro;
- b) l'aver partecipato alla costruzione dell'opuscolo ha aumentato la sicurezza nella gestione dell'incontro;
- c) la conoscenza dei pazienti (molti frequentano da anni il centro prelievi) e quindi il rapporto di fiducia hanno consentito di creare un'atmosfera distesa e favorevole all'apprendimento. Nella maggioranza dei casi gli infermieri hanno dimostrato motivazione ad apprendere e capacità di adattamento.

- **Difficoltà a mantenere controllo e uniformità nell'intervento** a causa delle dimensioni del territorio, della riorganizzazione aziendale e dell'elevato numero di operatori da coinvolgere (650 MMG, i medici ospedalieri dei diversi stabilimenti, il DIPAC con una rete di laboratori nei vari ospedali). Tutto ciò ha portato a risultati disomogenei oltre ad una dilatazione dei tempi. Per esemplificare, la costruzione dell'opuscolo ha richiesto 10 mesi: dopo il corso terminato a Giugno 2007, si è arrivati ad avere gli opuscoli stampati ad Aprile 2008.

- **La scarsa continuità assistenziale e comunicazione tra i vari livelli di cura.** Ciò si traduce in interventi informativi/educativi frammentati, talvolta in contraddizione e/o non sempre basati su evidenze scientifiche. Si tratta di un problema non certo nuovo, ma di cruciale importanza per tutte le persone con problemi cronici. Alcuni pazienti non hanno avuto informazioni, o le hanno avute scorrette. Ad esempio molte persone **da anni** in terapia con AO non erano informate della non necessità del digiuno per il prelievo INR o del range dei valori anziché solo del valore puntuale; discordanti anche le informazioni su dieta, frequenza del prelievo e interazioni tra farmaci.

**La trasferibilità dell'esperienza ad altri contesti.** Il principale ostacolo alla trasferibilità dell'esperienza è probabilmente la persistente dicotomia tra approccio specialistico e cure primarie. L'adozione dei "Percorsi Assistenziali" o "Percorsi Diagnostico-terapeutici Assistenziali" consentirebbe di affrontare tale criticità disegnando le tappe oltre alle modalità e contenuti (basati sulle evidenze) dell'intervento educativo con tutte le professionalità coinvolte: inizio trattamento (reparto ospedaliero o medico specialista); follow-up (MMG, distretti, CSA, medico specialista).

Per formulare un primo bilancio dell'esperienza, si ritiene utile evidenziare i punti di forza e i limiti.

**Punti di forza:** l'intervento educativo rappresenta un contributo al miglioramento della compliance/efficacia della TAO, capacità di autogestione della persona e alla riduzione degli errori e/o rischi, soprattutto in quanto attuato a livello territoriale.<sup>32</sup> Il progetto, pur con molti limiti, rappresenta una traduzione concreta del concetto di integrazione in quanto ha attivato un tavolo di condivisione e confronto tra tutti gli operatori coinvolti. È stato valorizzato il ruolo educativo dell'infermiere, che può espletarsi in maniera sinergica nei centri prelievi, negli ambulatori infermieristici e a domicilio.

### **Limiti:**

- a) mancato monitoraggio dell'indicatore di efficacia terapeutica (TTR). La riorganizzazione

ne della ASL sopra menzionata sommata alla frammentazione dei centri prelievi e dei diversi laboratori che fanno capo al DIPAC, non hanno consentito di poter monitorare tale parametro. Il laboratorio si era impegnato (senza poi riuscire a farlo a causa della riorganizzazione della ASL) a fornire un report quadrimestrale ai MMG sull'andamento dei valori di laboratorio dei pazienti;

- b) mancata misurazione/valutazione delle conoscenze delle persone al termine dell'incontro, anche per la mancanza di strumenti di valutazione validi.<sup>32</sup> Tra quelli validati (*The oral anticoagulation Knowledge – OAK – e Anticoagulation Knowledge Assessment – AKA*), l'AKA,<sup>35</sup> ad esempio, è complesso (29 domande con risposte a scelta multipla) per un utilizzo su larga scala in una popolazione anziana.

## Conclusioni e prospettive

Gli interventi previsti (e già in atto) completano gli incontri educativi di “gruppo” per i pazienti già in carico oltre a prevedere per ogni nuovo paziente in TAO sia ambulatoriale che domiciliare un incontro individuale.

A medio termine si ipotizza un percorso integrato per valutare la ricaduta dell'intervento educativo (miglioramento delle conoscenze), la creazione di un archivio informatizzato delle persone in TAO, la possibilità di monitorizzare il TTR e la sperimentazione di forme di autogestione (self-test e self-management). Le parole chiave che devono guidare tale percorso riflettono la filosofia delle cure primarie: visione globale della salute, orientamento alla persona e non alla malattia, educazione all'autogestione, qualità assistenziale (evidence-based-practice), integrazione/ordinamento tra 1° e 2° livello di cura per tradurre nel concreto il concetto di continuità assistenziale, bisogno tra i più sentiti dalle persone con problemi cronici. In tale scenario l'infermiere può giocare un ruolo importante. In particolare i ruoli infermieristici innovativi (infermiere di famiglia e case manager) possono portare un valore aggiunto per la continuità assistenziale e la presa in carico globale della persona (spesso anziana con polipatologie) e non del singolo problema di salute. Come sostiene l'OMS “una assistenza innovativa non deve essere ba-

*sata sull'eziologia di un particolare problema, bensì sulle domande che quel problema di salute pone al sistema sanitario. Nelle condizioni croniche le domande sono simili indipendentemente dalla causa. Strategie efficaci di gestione, inoltre, sono sostanzialmente comparabili per molte problematiche croniche; la gestione della cronicità, inclusiva di tutti i problemi di salute cronici, sta sviluppando un'identità a sé stante nell'ambito delle cure sanitarie”.*<sup>36</sup>

## Bibliografia

1. Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e la sorveglianza delle terapie antitrombotiche (FCSA) Automonitoraggio della terapia anticoagulante orale mediante coagulo metri portatili. Raccomandazioni della FCSA Luglio 2005. <http://www.fcsa.it/>
2. Pengo V, Pegoraro C, Cucchini U, Iliceto S. Worldwide management of oral anticoagulant therapy: the ISAM study. *J Thromb Thrombolysis* 2006; 21: 73-7.
3. Testa S, Paoletti O, Alatri A, Bassi L (CSA Cremona). TAO: un progetto complesso. Diversi modelli gestionali integrati in una rete. Esa Dia Rivista di attualità diagnostiche – Numero monografico “Terapia Anticoagulante Orale” 2008; 31: 52-7.
4. Regione Toscana Gruppo Gestione Rischio Clinico. Campagne Regionali per la sicurezza dei pazienti: la prevenzione degli errori nella terapia anticoagulante orale. Rac- Versione 1.0 – 2006 <http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischioclinico.shtml>
5. Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 63: 136-47.
6. National Patient Safety Agency (NPSA). Risk Assessment of anticoagulant therapy. January 2006 [www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=5284](http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=5284)
7. Ministero della Salute Raccomandazione n. 7. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica – Marzo 2008 <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>
8. The Joint Commission. 2009 National Patient Safety Goals (NPSGs) <http://www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatientsafetygoals>.
9. NPSA Patient Safety alert 18. Actions that can make anticoagulant therapy safer – 28 March 2007 – Ref NPSA/2007/18 [www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/alerts/](http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/alerts/)
10. NPSA. Oral anticoagulation therapy. Important Information for patients. 2008. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). My Guide to Coumadin®/Warfarin Therapy. Rockville, MD: AHRQ. February 2008. AHRQ Publication No. 08-0028A
12. Elston-Lafata J, Martin SA, Kaatz S et al. The cost effectiveness of different management strategies for patients on chronic warfarin therapy. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 31-7.
13. Cromheecke ME, Levi M, Colly LP et al. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomi-

## Ringraziamenti

Si ringraziano i coordinatori infermieristici distrettuali Bona D., Buscaglia M.P., Causa G., Di Gaetano M., Forroni P., Lertora M.S., Lucardi R., Mazzantini M., Oddone A.M., Provenzano S., Ratto M. A., tutto il personale infermieristico dei distretti, i Direttori di Distretto, il reparto di Cardiologia Riabilitativa Ospedale La Colletta, il Dipartimento di Patologia Clinica, i Medici di Medicina Generale, l'Unità di Gestione del Rischio

- sed cross-over comparison. *Lancet* 2000; 356: 97-102.
14. Sawicki PT et al. A structured teaching and self-management program for patients receiving oral anticoagulation: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 145-50.
  15. Gadisseur APA, Breukink WGM et al. Comparison of the quality of oral anticoagulant therapy through patient self-management and management by specialized anticoagulation clinics in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2639-46.
  16. Hamad MA et al. Self-management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study. *Eur J Cardiothorac* 2009; 35: 265-9.
  17. Dauphin C, Legault B, Jaffeux P et al. Comparison of INR stability between self-monitoring and standard laboratory method: preliminary results of a prospective study in 67 mechanical valve patients. *Arch Cardiovasc Dis* 2008; 101:753-61.
  18. Menendez-Jandula B, Souto JC, Oliver A et al. Comparing self management of oral anticoagulant therapy with clinic management. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1-10.
  19. Watzke HH, Forberg E, Svolba G et al. A prospective controlled trial comparing weekly self-testing and self-dosing with the standard management of patients on stable oral anticoagulation. *Thromb Haemost* 2000; 83: 661-5.
  20. Gardiner C, Longair I, Pescott MA et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: does it work outside trial conditions? *Journal of Clinical pathology* 2009; 62: 168-71.
  21. Fitzmaurice DA, Murray ET, McCahon D, Holder R, Raftery JP, Hussain S, Sandhar H, Hobbs F.D. Self management of oral anticoagulation: randomised trial. *BMJ* 2005; 331: 1057.
  22. Fitzmaurice DA, Murray ET, Gee KM, Allan TF, Hobbs FD. A randomised controlled trial of patient self management of oral anticoagulation treatment compared with primary care management. *J Clin Pathol.* 2002; 55: 845-9.
  23. Heneghan C, Alonso Coello P, Garcia Alaminio JM et al. Self monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006; 367: 404-11.
  24. Siebenhofer A, Rakovac I, Kleespies C et al. Self-management of oral anticoagulation reduces major outcomes in the elderly. A randomized controlled trial. *Thromb Haemost* 2008; 100: 1089-98.
  25. Jacobson AK. THINRS: a prospective randomized controlled trial of the impact of Home INR. Testing on clinical outcomes. The home INR study presented at American Heart Association Session 2008 <http://www.cardiosource.com/rapidnews-summaries/summary.asp?SumID=392>
  26. Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Murray ET, Holder RL, Allan TF, Rose PE. Oral anticoagulation management in primary care with the use of computerized decision support and near-patient testing: a randomized, controlled trial. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2343-8.
  27. Connor CA, Wright CC, Fegan CD. The safety and effectiveness of a nurse-led anticoagulant service. *J Adv Nurs* 2002; 38: 407-15.
  28. Venkatachalam V, D'attilio K, Lewis A, Acevedo M. Anticoagulation in ambulatory care: an evidence-based review of the literature. *Prof Case Manag* 2007; 12: 106-11.
  29. Associazione Italiana Pazienti Anticoagulanti. Guida per il paziente anticoagulato. 1° edizione 2003 Centro di riferimento regionale per la trombosi Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze.
  30. Regione Toscana Gruppo Rischio Clinico. Farmamemo scritto è meglio. <http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>
  31. Cedar Rapids Healthcare alliance, AHRQ. My guide to coumadin / warfarin therapy. Community anticoagulation therapy clinic. 2006 [www.mybloodthinner.org/Coumadin.pdf](http://www.mybloodthinner.org/Coumadin.pdf)
  32. Wofford J L, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 40. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/40>.
  33. Talese A, Negro G, Gramigna A (A cura di). La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini. Dipartimento della Funzione Pubblica. Presidenza Consiglio dei Ministri. Rubettino Editore, 2003.
  34. Zammuner VL. Tecniche dell'intervista e del questionario. Bologna: Il Mulino, 1998.
  35. Briggs AL, Jackson TR et al. The development and performance validation of a tool to assess patient anticoagulation knowledge. *Research in social and administrative Pharmacy* 2005; 1: 40-59 [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
  36. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global Report. Ginevra: 2002, pag. 44.

## SUMMARY

**Setting.** Six Districts of the Health Authority "ASL3 Genovese" (Genoa- Italy) where 3764 patients in Oral Anticoagulation Therapy (OAT) are followed for monitoring International Normalized Ratio (INR). **Aim.** To increase knowledge of patients undergoing OAT through group health education sessions conducted by nurses. **Method.** Training of nurses and production of a draft version of a booklet. The final version was developed with the contribution of hospital cardiologists, laboratory services, risk managers and General Practitioners. A questionnaire was administered to assess patients satisfaction with clarity of the presentations, relevance of the contents, appropriateness of educational method and usefulness of the booklet. **Results.** From

September to December 2008 1074 patients (51% of those invited) attended the 96 health education sessions that involved 120 nurses. Rate of attendance varied greatly in the six districts ranging from 26% to 68%. Mean age of the participants was 74 (range 33-95). The questionnaires were completed by 1039 participants (97%). The majority rated the contents of the session and the booklet clear, useful and appropriate. Problems encountered, strengths and limitations of the intervention were identified. Plan for action for continuing educational intervention was planned. **Conclusions.** Educational sessions were very appreciated. One of the major strengths was the involvement of all the professionals that contribute to patients care.