

# Luci ed ombre del ruolo infermieristico nel progetto di gestione integrata



**Elena Rosso** Infermiere Piastra Ambulatoriale Presidio S.Daniele del Fr.  
**PRESIDENTE O.S.D.I. FVG**

# Argomenti

- Normativa di riferimento
- CCM
- Medicina d'iniziativa
- Chi è l'infermiere
- Luci/ombre
- Proposte



# ....entro il 31/12/2018

- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
- Medicina di Gruppo Integrata (MGI)
- Centri di Assistenza Primaria (CAP)
- Presidi ospedalieri per la salute

Legge regionale 16 ottobre 2014, N°17

# Infermiera dell'ambulatorio diabetologico



**MMG**

UN MMG  
CHE SEGUE  
I PAZIENTI  
DIABETICI  
DI ALTRI  
COLLEGHI



GRUPPO DI MMG  
CON UN  
INFERMIERE



**Diabetologo**

# Chronic Care Model

E' un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche.

Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio “**proattivo**” tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.

# Chronic Care Model

Il Chronic Care Model prevede che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, ogni componente della relazione assistenziale deve svolgere una funzione ben definita e valutabile.



**53rd Annual Meeting of the  
European Association for the  
Study of Diabetes**

**11 - 15 September 2017**

## Studio SELF-CARE

Il trial dimostra sull'endpoint primario a 12 mesi che i livelli di emoglobina glicata si sono ridotti del 0,47% nel gruppo SINERGIA e del 0.32% in quello che ha seguito l'approccio tradizionale. Tali riduzioni, con l'estensione ai 12 mesi osservazionali sono state dello 0.39% nel gruppo SINERGIA e dello 0.18% nel gruppo di controllo. I profili di peso e i valori lipidici sono migliorati in entrambi i gruppi.

Si conferma la validità di un modello educativo mirato ad aumentare l'autonomia e consapevolezza del paziente e migliorare i risultati clinici a lungo termine con un impatto positivo sul profilo di qualità di vita e di cura”.

# I sei elementi de CCM

1. Le risorse della comunità
2. Le organizzazioni sanitarie
3. Il supporto all'auto-cura
4. L'organizzazione del team
5. Il supporto alle decisioni
6. I sistemi informativi



# I sei elementi de CCM

**1.Le risorse della comunità.**

**2.Le organizzazioni sanitarie.**

# I sei elementi de CCM

## **3. Il supporto all'auto-cura.**

Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali dei pazienti.



# I sei elementi de CCM

## 4. L'organizzazione del team.

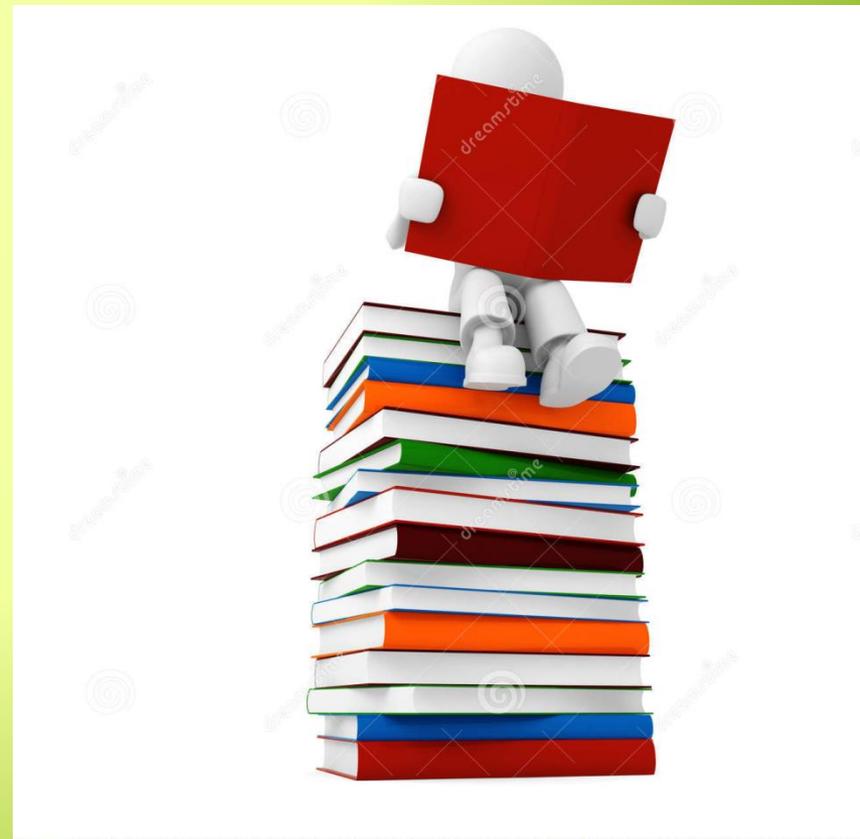
La struttura del team assistenziale deve essere modificata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. L'infermiere è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti ed assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. **La visita programmata è uno degli aspetti più significativi della nuova organizzazione.**

## 4. L'organizzazione del team.

### ➤ Primary care

- Coordinazione
- Cooperazione
- Continuità delle cure
- Standardizzazione
- Efficacia
- Accessibilità
- Qualità

### ➤ Specialist



# I sei elementi de CCM

## **5. Il supporto alle decisioni.**

L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.

# Raccomandazioni e linee guida

Raccomandazioni OSDI

Standard italiani per la cura del diabete mellito AMD SID



# I sei elementi de CCM

## 6. I sistemi informativi.

I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- 1) come sistema di allerta che aiuta i team attenersi alle linee-guida;
- 2) come feedback per i medici;
- 3) come registri di patologia dei pazienti.

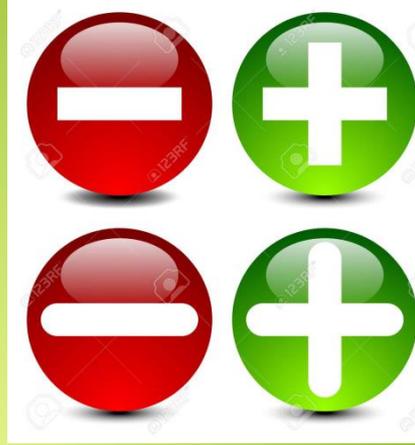


Cronic Care Model  Medicina d'iniziativa

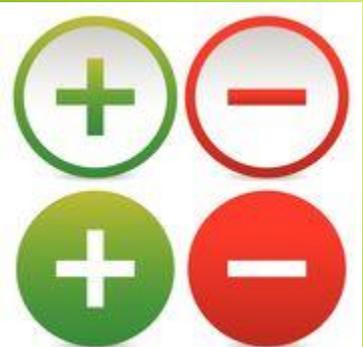


Il paziente cronico non si sente più «abbandonato» ma, all'interno di un percorso assistenziale condiviso, preso in carico e seguito da un team multiprofessionale che conosce la sua patologia

# CIO' DETERMINA



1. Minor accesso agli ambulatori del MMG
2. Un accesso regolato ai servizi specialistici
3. Un minor numero di ricoveri inappropriati
4. Un'effettuazione di esami più appropriata



# Ruolo dell'infermiere



All'interno dell'AFT è stata organizzata una sede di coordinamento, in cui è prevista la presenza di un **collaboratore di studio/infermiere**.

Ruolo: assicurare l'attività relativa alla **medicina di iniziativa** e al coordinamento dell'AFT

# Ruolo dell'infermiere

MGI: la presenza **di personale infermieristico** è finalizzata alla realizzazione **della medicina di iniziativa**

# Ruolo dell'infermiere

I CAP si fondano sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, **Infermieri**, Assistenti Sociali, Amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie.



# La sfida dell'assistenza alla cronicità

Per affrontare questa sfida è necessario superare logiche «prestazionali», sviluppare un processo di cura che definisca percorsi di salute che permettano di mantenere alto il livello di salute e di autonomia funzionale della persona

Passiamo da un sistema di :

ad un sistema di:

 Domanda

Presca in carico

 Offerta

Continuità

# Assistenza primaria o d'iniziativa

- Accessibility
- Comprehensiveness
- Coordination
- Continuity/longitudinality
- Accountability



# Chi è l'infermiere?

L'infermiere è un professionista con un campo proprio di autonomia, attività e responsabilità.

La responsabilità dell'infermiere si esprime in funzione delle competenze raggiunte



# ...un po' di storia

- OMS 1977 XXX World Health Assembly “Salute per tutti nell’anno 2000”.OMS 1978 Documento di Alma Ata
- Raccomandazione Europea 1980: “...realizzare un’**integrazione** o un coordinamento dei servizi socio-sanitari in una logica di decentramento delle cure e razionalizzazione delle strutture
- Conferenza di Vienna 1988 – punto 4: “il **personale infermieristico** dovrebbe sviluppare il proprio ruolo agendo come partner nei processi decisionali riguardante la progettazione e la gestione dei servizi sanitari la progettazione e la gestione dei servizi sanitari locali...svolgendo un ruolo più incisivo nel potenziare le capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità...
- Ufficio regionale O.M.S. – Copenaghen 1991 e 1998: “...**Infermiere** di famiglia, **professionista chiave** nella salute primaria, che può dare un contributo sostanziale nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie...
- Conferenza dei Ministri della Sanità dell’O.M.S.- 2000 “invita le autorità della regione europea dell’O.M.S. di intensificare le azioni al fine di **rinforzare le cure infermieristiche** e ostetriche...” ...

# Infermiere di diabetologia

La **Formazione Specifica** è strettamente legata al contesto in cui uno opera, cioè all'ambiente in cui è chiamato a svolgere la propria funzione

Conoscenza che fa riferimento alle evidenze (EBM) e alle linee guida

La competenza dell'infermiere richiede formazione e aggiornamento continuo nello specifico del suo contesto lavorativo

La **terapia educativa** richiede delle **competenze** che devono essere acquisite attraverso la **formazione specifica**.

# EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Aiutare la persona con diabete a:

- Conoscere il diabete (sapere)
- Gestire il diabete (saper fare)
- Prevenire le complicanze (saper essere)



# ARGOMENTI DA TRATTARE

## Cos'è il diabete

- **Autocontrollo** : significato, tecnica, frequenza, valutazione del dato
- **Terapia insulinica** : azione, conservazione, sedi e tecnica di somministrazione, lipodistrofie
- **Ipoglicemia**: definizione, segni e sintomi, interventi preventivi e correttivi
- Glucagone
- I numeri del diabete: HbA1c, HDL,LDL, trigliceridi, peso
- **Piede diabetico**
- Malattie intercorrenti
- Complicanze
- **Stile di vita** (attività fisica, alimentazione, prevenzione, igiene personale)
- Gestione delle nuove tecnologie

**Formazione degli operatori sulla malattia diabetica e le sue complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato.**

**Tutti gli operatori che partecipano alla rete collaborativa devono essere informati e “formati” alla gestione delle cure.**

**La progettazione dei programmi di formazione prevede un’analisi dei bisogni formativi sia del servizio specialistico che del team territoriale e i contenuti dei programmi comprendono gli argomenti relativi alla gestione della malattia cronica e alla costruzione e funzionamento del team.**

**L’obiettivo principale è tra l’altro fare sì che tutti gli operatori del team territoriale acquisiscano nozioni, linguaggio e atteggiamenti comuni.**



**INFERMIERE DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

# Infermiere di Assistenza Domiciliare

**Collabora** con il MMG nelle attività di programmazione dei piani di cura personalizzati, nell' **esecuzione e registrazione** della misurazione dei parametri clinici per valutare il controllo metabolico, nell'effettuazione della **diagnosi precoce** delle complicanze, nelle iniziative di educazione e counselling, raccordandosi anche con il team dell'assistenza domiciliare per la gestione di pazienti diabetici seguiti in assistenza domiciliare.

**LUCI**



**OMBRE**

# LUCI

- Collaborazione con i MMG nella gestione della patologia cronica
- Interesse di altre figure per le nuove tecnologie
- Interpretazione corretta dei dati dell'autocontrollo e importanza al giusto addestramento
- Condivisione di linee guida
- Offerta più gradita per pazienti fragili e/o anziani
- Personale infermieristico formato
- Condivisione fra infermiera di ambulatorio e dell'ADI rispetto alle difficoltà nel proprio contesto lavorativo

- Le visite programmate determinano un maggior impegno da parte dei pazienti al raggiungimento degli obiettivi
- Miglior accessibilità ai servizi sanitari e aumento della soddisfazione e del riconoscimento dei servizi territoriali.
- Collaborazione/integrazione tra gli operatori coinvolti
- Arricchimento professionale e autonomia nell'ambito dell'educazione sanitaria
- Stimolo al continuo miglioramento professionale
- Utilizzo di una cartella informatizzata.

Le persone convocate si sentono accolte e accettano gli appuntamenti successivi positivamente.  
Miglioramento nell'aderenza e negli esami ematici.

# OMBRE

- Distacco di personale dall'ambulatorio al distretto con ulteriori difficoltà in ambulatorio
- Tipologia di prestazioni limitate
- Difficoltà di utilizzo delle nuove tecnologie
- Mancata adesione di alcuni MMG al «progetto»
- Mancanza o parziale presenza di sistemi informativi che permettano lo scarico dati o la refertazione delle visite

- Formazione continua dei professionisti
- Creazione di momenti di incontro dedicato tra gli operatori dei due livelli
- Tempi più ampi dedicati alle visite
- Reperire dati di esito con l'utilizzo di strumenti adeguati al monitoraggio del progetto

Troppo progetti e tempi troppo corti.  
Necessità di avere formazione in loco specie per quanto riguarda l'utilizzo dei sistemi informatici di raccolta dati.

**Quando l'infermiere di assistenza domiciliare decide di chiedere la consulenza all'infermiere dell'ambulatorio diabetologico?**



**Può l'infermiere dell'ambulatorio diabetologico inviare un paziente all'ambulatorio di continuità assistenziale?**

# Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica

**1. Educazione terapeutica:** processo educativo continuo e strutturato per l'autogestione complessiva della malattia.

**2. Lavoro in team multidimensionale e interdisciplinare** con sinergie coordinate per una gestione a tutela della persona con diabete.

3. Diverse figure professionali, **tutte adeguatamente formate.**

**4. Costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali** personalizzati e condivisi.



# Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica

- Dà valore alle competenze specialistiche e di settore.
- **Riconoscimento al valore del team.**
- Riconoscimento alla importanza della autonomia del paziente quindi ai processi di empowerment.
- Stressa il concetto di continuità quindi di rete.
- Sottolinea l'importanza dell'utilizzo appropriato della tecnologia.

# L'importanza del documentare

- Responsabilità civile ,penale, professionale
- L'importanza di documentare e registrare per valutare il processo assistenziale
- L'importanza della raccolta dati in funzione delle decisioni e/o modifiche assistenziali e degli esiti



**La documentazione infermieristica deve essere pensata non solo in relazione del contesto ospedaliero ma anche in rapporto ad altri contesti assistenziali quali quelli ambulatoriali e domiciliari**

Legge “Gelli” Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

# PROPOSTE PER IL FUTURO

- Creare percorsi formativi, aggiornamenti, audit clinici per una maggior condivisione in équipe.
  - Seguire le persone con diabete con un modello di gestione integrato (integrazione intesa fra i due livelli assistenziali e fra i diversi distretti)
  - Favorire il lavoro in rete / comunicazione identificando i professionisti dedicati, i relativi numeri telefonici con la disponibilità oraria.
  - Sistema informatizzato con fascicolo sanitario dell'assistito condiviso da entrambi i livelli.
  - Valutazione degli esiti con report periodici
- Formazione continua dei professionisti
  - Creazione di momenti di incontro dedicato tra gli operatori dei due livelli
  - Tempi più ampi dedicati alle visite
  - Reperire dati di esito con l'utilizzo di strumenti adeguati al monitoraggio del progetto

Se i percorsi devono comprendere tutte le patologie croniche più altri progetti esempio Cardio 50 addestrare più personale



**Le ombre? Sono la cosa più ottimistica. La  
prova che intorno esiste la luce.**

Stanisław Jerzy Lec, Nuovi pensieri spettinati, 1964