

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.

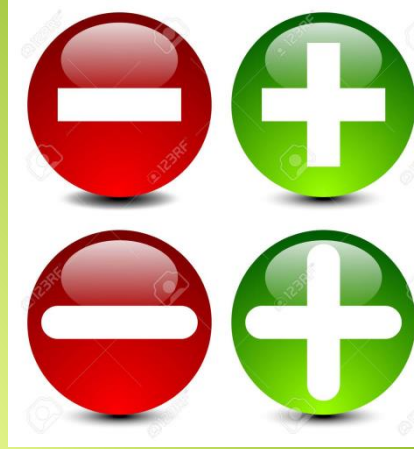


Cronic Care Model  Medicina d'iniziativa

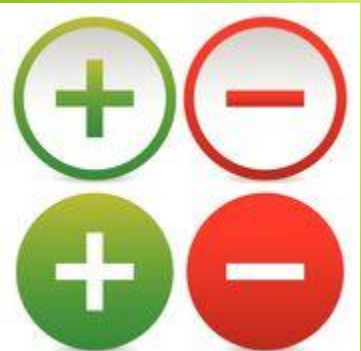


Il paziente cronico non si sente più «abbandonato» ma, all'interno di un percorso assistenziale condiviso, preso in carico e seguito da un team multiprofessionale che conosce la sua patologia

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