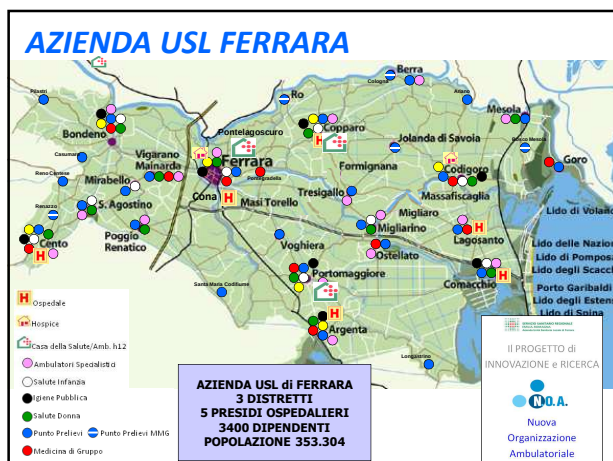




Gestione integrata e monitoraggio attivo dei pazienti
con patologia cronica
nelle case della salute e nelle sedi dei NCP

*I risultati di tre anni di attività
nell'AUSL di Ferrara*

1



Il progetto di Modernizzazione dell'Area Vasta Emilia Centro



È UN PROGETTO DI DI INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA
che vede lo studio di un **nuovo modello organizzativo**
**con particolare attenzione al ruolo del POLIAMBULATORIO nella rete
dei servizi e con l'inserimento della FIGURA DEL CARE MANAGER nel
poliambulatorio e nel sistema di cure primarie per la gestione integrata
di patologie croniche;**

Le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali sono presidiate
dall'infermiere **CARE MANAGER**

svolge questo ruolo

- nel Punto di Accoglienza del Poliambulatorio
- nei nuclei di cure primarie per gruppi di assistiti selezionati, un'attività di monitoraggio dei target fissati e di aderenza al piano assistenziale

L'infermiere care manager opera in stretta integrazione con lo specialista e il MMG

Le due patologie croniche selezionate :
lo scompenso cardiaco e il diabete mellito tipo 2

I progetti 2010-2012



PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE INTEGRATO A FAVORE DI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 2 NELLE CASE DELLA SALUTE DI COPPARO E DI PONTELAGOSCURO

OBIETTIVO

intercettare precocemente gli assistiti con
valori di HbAc suggestivi di iniziale
scompenso metabolico che richiede un
intervento terapeutico-educazionale



NCP COPPARO

- **MMG 34 NCP 1** assicurano la continuità H12 dal settembre 2010
- **ASSISTITI 34.274**
- **INFERMIERI 6** presenza H12
- **DIABETICI 1580** in carico ai mmg
- **il 35% (553) HbAc > 7,5**

Aprile 2011- Ottobre 2011
Pazienti ARRUOLATI 34
su 553 attesi

Valutazione interna del gruppo di progetto

- Non sufficiente condivisione del percorso con mmg e inf e specialisti:
il pz veniva di fatto riaffidato al CAD
- Non definizione chiara delle responsabilità del medico curante e dell'infermiere di nucleo (se non l'invio del paziente da parte del medico e il controllo della documentazione da parte dell' infermiere)
- Scarsa adesione da parte dei pazienti
(che non capivano....)

Audit 19 dicembre con ristesura del protocollo e attivazione del percorso BPCO

7

NCP BARCO

- MMG 18
di cui 5 associati in gruppo
- ASSISTITI 6693 del gruppo
- INFERMIERI 2
- DIABETICI 187 in carico ai mmg
- il 39,5% (74) HbAc>7,5

8

Luglio 2011- Dicembre 2011
PAZIENTI reclutati 72 su 74 attesi

- Progetto realizzato in collaborazione con Azienda Ospedaliera Universitaria
- Scelta di effettuare l'intero percorso negli ambulatori del nucleo (compresa la consulenza dello specialista diabetologo)
- Chiamata attiva da parte dell'infermiere dei pazienti segnalati dal medico
- Accertamento infermieristico e esecuzione delle indagini (prelievo ematico, ECG ev. visita cardiologica) in un unico accesso
- Presenza della dietista nella sede del nucleo per counselling nutrizionale
- Predisposizione di una cartella integrata
- Messa in rete dell'ambulatorio infermieristico con gli ambulatori specialistici e accesso alla cartella del mmg

9

PAZIENTI ARRUOLATI NEL PROGETTO

PERIODO: 24.02.2011 – 24.05.2012 (15 MESI)

GENERE

MASCHI	FEMMINE	TOTALI
89	66	155

ETA'

> 90 ANNI	80/89 ANNI	70/79 ANNI	60/69 ANNI	50/59 ANNI
7	65	57	18	8
4.52%	41.94%	36.77%	11.61%	5.16%

STADIAZIONE ACC/AHA

A	B	C	D	C/D	N/S
2	46	101	2	1	3
1.29%	28.57%	68.91%	1.29%	0.65%	1.94%

CLASSIFICAZIONE NYHA

1	2	3	4	N/S
12	59	66	15	3
7.74%	38.06%	42.58%	9.68%	1.94%

RICOVERI OSPEDALIERI DEI 142* PAZIENTI

(* ARRUOLATI AL 14/03/2012)

DRG 127 SCOMPENSO CARDIACO	2010	2011	POST ARRUOLA- MENTO	PATOLOGIE CARDIACO CORRELATE	2010	2011	POST ARRUOLA- MENTO
PAZIENTI CON 1 RICOVERO	12	17	8	PAZIENTI CON 1 RICOVERO	19	27	15
PAZIENTI CON 2 RICOVERI	3	5	0	PAZIENTI CON 2 RICOVERI	8	7	0
PAZIENTI CON 3 RICOVERI	0	0	0	PAZIENTI CON 3 RICOVERI	0	3	0
PAZIENTI CON OLTRE 3 RICOVERI	0	0	0	PAZIENTI CON OLTRE 3 RICOVERI	1	0	0
TOTALE	18 RICOVERI 15 PZ	27 RICOVERI 22 PZ	8 RICOVERI 8 PZ	TOTALE	40 RICOVERI 28 PZ	50 RICOVERI 37 PZ	15 RICOVERI 15 PZ

ACCESSI IN PS PER PROBLEMATICHE CARDIOLOGICHE

2010	2011	GENNAIO MAGGIO 2012	TOTALE 2011/2012
58	59	36	95
POST ARRUOLAMENTO	2011	2012	TOTALE 2011/2012
	19	22	43

AGGIORNAMENTO AL 30.05.2012

15

Empowerment dei pazienti: I risultati del counselling infermieristico

45% svolgono una maggior attività fisica
30 % hanno migliorato gli aspetti dietetici suggeriti
29 % hanno migliorato il controllo del proprio peso corporeo
24 % riferiscono una riduzione della dispnea
23% riferiscono riduzione degli edemi declivi
21% hanno appreso l'autorilievo dei parametri vitali e controllano con regolarità i propri valori anche con l'aiuto del care giver
10 % hanno migliorato l'aderenza alla terapia prescritta
6 % hanno diminuito notevolmente il consumo di sigarette
4 % hanno ridotto notevolmente il consumo di alcol

16

IL PERCORSO FORMATIVO è stato realizzato con la collaborazione dell'Azienda Usl di Imola

- **SONO STATI COINVOLTI I DIVERSI PROFESSIONISTI**
(specialisti, mmg, infermieri, medici di organizzazione)
- **OBIETTIVI FORMATIVI** per i team:
 - 1) chiarire l'assetto organizzativo,
 - 2) costruire i Percorsi necessari,
 - 3) condividere le metodologie e gli strumenti di lavoro
- **METODOLOGIA ATTIVA**
PBL e FORMAZIONE SUL CAMPO
Modelli Organizzativi Indicatori di processo e di esito
- **LEZIONI FRONTALI**
(MEDICI INFERMIERI)
Aspetti clinico assistenziali (scompenso cardiaco cronico e diabete)
(INFERMIERI)
- Educazione sanitaria ed educazione terapeutica;
- Comunicazione e counselling

Alcune riflessioni ...

- I progetti che introducono cambiamenti radicali nelle organizzazioni dei servizi e dell'assistenza necessitano di tempi lunghi
- Solo nel prossimo periodo sarà possibile valutare se e in che misura l'introduzione di nuovi modelli di presa in carico sia in grado di migliorare la qualità dell'assistenza e gli esiti clinici:

il valore aggiunto è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito.
- Il Medico di Organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie deve supportare quei cambiamenti organizzativi che vanno nella direzione dell'elaborazione di obiettivi assistenziali basati sul patrimonio culturale di ogni professione. In questa direzione molti processi clinici possono essere ridisegnati,
- I Profili dei Nuclei di Cure Primarie, forniti alle Aziende dall'Assessorato delle Politiche per la Salute della Regione, consentono alle Aziende e ai Dipartimenti di Cure Primarie e ai professionisti di usare un unico strumento di valutazione

Alcune riflessioni ...

- Il paziente vive la relazione con l'infermiere come una relazione fra pari: si sentono seguiti e aumentano le motivazioni al self-care
- La chiamata attiva dei pazienti si è rilevata una strategia vincente: es. il diabetico cronico con polipatologie ha poca cura di sé e considera il diabete come "il minore dei mali"
- La documentazione sanitaria (cartella infermieristica, scheda di accertamento infermieristico trasmessa in modalità SOLE al MMG, possibilità di accedere ai dati del paziente contenuti nella cartella Millewin) ha consentito una comunicazione più efficace con i MMG ed ha rafforzato il ruolo dell'infermiere

Alcune riflessioni ...

- "Accreditamento" del care manager da parte del paziente, tendenzialmente orientato ad una relazione diretta con il medico
- "Accettazione" del care manager da parte del medico che potrebbe sentirsi depauperato di qualche ruolo o funzione nei confronti dei pazienti

La formazione di tutti i professionisti coinvolti è stata una leva importante:

MMG e Specialisti "hanno compreso" il ruolo che l'infermiere può svolgere nel monitoraggio attivo del paziente con patologia cronica e hanno potuto verificarne gli effetti positivi sul proprio lavoro e i vantaggi per il paziente

L'infermiere "ha assunto e agito" nuove responsabilità cliniche e organizzative
