



L'Infermiere dal presente al futuro

Monica Marini

Responsabile Settore Assistenza Sanitaria SDS Pistoiese
Responsabile U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale Z/D Pistoiese

Cronicità: una sfida da fronteggiare

I paesi sviluppati stanno fronteggiando questa sfida attraverso il rafforzamento delle cure primarie e il alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri.

Ham C, (2010), "The ten characteristics of the high-performing chronic care system", *Health Economics, Policy and Law*, 5, 71–90

Le differenze tra sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie

Sistema Ospedaliero

- Intensività assistenziale
- Orientato alla produzione di prestazioni
- Presidia l'efficienza
- Tende all'accentramento attraverso economie di scala
- Punta all'eccellenza

Primary care

- Estensività assistenziale
- Orientato alla gestione di processi assistenziali
- Presidia l'efficacia e i risultati
- Tenda al decentramento (partecipazione)
- Punta all'equità

L'integrazione tra i due sotto- sistemi deve comunque avvenire attraverso la costruzione di una unica "rete assistenziale"

THE LANCET

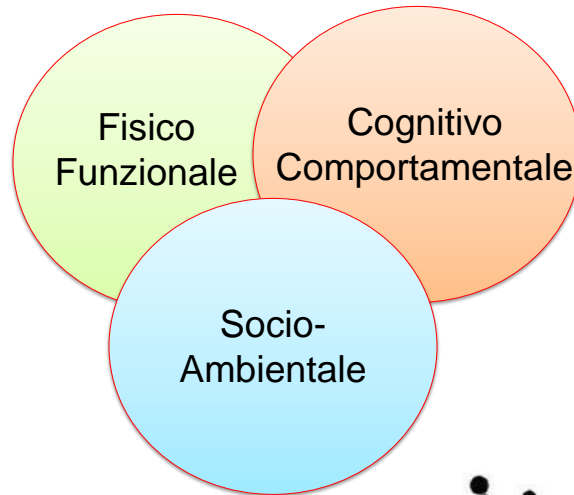
The neglected epidemic of chronic disease

The reduction of chronic disease is not a Millennium Development Goal (MDG). While the political fashions have embraced some diseases—HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis, in particular—many other common conditions remain marginal to the mainstream of global action on health. Chronic diseases are among these neglected conditions.

Richard Horton

The Lancet - 29 October 2005 (Vol. 366, Issue 9496, Page 1514)

Dai sistemi sanitari ai “sistemi di salute”: la multidimensionalità del bisogno



Spostamento dell'asse di cura

- Riconfigurazione della rete di servizi
- Cure Innovative per le patologie croniche
- La nascita di nuove articolazioni del territorio finalizzate ad una presa in carico multidimensionale e interdisciplinare (le case della salute ad esempio)
- L'emergere di strutture a «bassa intensità clinica» a prevalente gestione infermieristica (quali, ad esempio, *Nurse-led clinics*, *Low care*)
- Utilizzo di processi assistenziali come criterio prevalente di progettazione organizzativa

Innovative Care Delivery Models: *Identifying New Models that Effectively Leverage Nurses*

Attraverso un'ampia revisione della letteratura sono stati **24 Innovative Care Delivery Models** e ha identificato **8 elementi comuni**, che descrivono il cambiamento della filosofia della cura della persona, la nuova prospettiva del sistema salute e delineano gli sforzi necessari per le organizzazioni che forniscono servizi di cura e salute e che desiderino implementarli.

Gli 8 elementi distintivi sono:

1. Ruoli di rilievo per gli infermieri.
2. Evoluzione verso una cura interdisciplinare: approccio in *team*.
3. Un ponte nella continuità assistenziale.
4. Una spinta oltre i confini: la casa come *setting* di cura.
5. Target di utenti che accedono ai servizi di salute: persone molto anziane.
6. *Focus* incentrato sull'assistito.
7. Alto livello di tecnologia.
8. Attenzione ai risultati: miglioramento della soddisfazione, della qualità e dei costi.

The Robert Wood Johnson Foundation, Health WorkForce Solutions LLC 2007,

Innovative Care Delivery Models: *Identifying New Models that Effectively Leverage Nurses*

I 24 modelli assistenziali innovativi sono stati organizzati in tre grandi categorie assistenziali:

1. Modelli per le cure acute - Acute Care Models.
2. Modelli di continuità delle cure - Bridge the Continuum.
3. Modelli delle cure integrate - Comprehensive Care Models.

A fronte di un sistema di salute caratterizzato da un'ampia variabilità, è necessario svincolarsi da un'organizzazione infermieristica assistenziale rigida e settoriale, strutturata prevalentemente per compiti, per sviluppare modelli organizzativi attenti alla mappatura dei bisogni di salute della persona fragile, al contesto socioeconomico e politico e ai risultati

The Robert Wood Johnson Foundation, Health WorkForce Solutions LLC 2007,

Cochrane Database Syst Rev.2007 Apr 18;(2):CD002214.

Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units.

Griffiths PD

BACKGROUND:

The Nursing led inpatient Unit (NLU) is one of a range of services that have been considered in order to manage more successfully the transition between hospital and home for patients with extended recovery times. This is an update of an earlier review published in The Cochrane Library in Issue 3, 2004.

OBJECTIVES:

To determine whether nursing-led inpatient units are effective in preparing patients for discharge from hospital compared to usual inpatient care.

SEAF Risultati della revisione sistematica:

We s

MED

Auth

2006

SELE

Cont

of ag

DAT.

Two

MAII

Ten

- < giornate di degenza e le riammissioni

- < costi

- > qualità di vita

- **RCT successivi:** efficace gestione clinica (Artrite Reumatoide, Asma)

mortality (OR 1.10, 95% CI 0.56 to 2.16) or mortality to longest follow up (OR 0.92, 95% CI 0.65 to 1.29) but higher quality studies showed a larger non-significant increase in inpatient mortality (OR 1.52, 95% CI 0.86 to 2.68). Discharge to institutional care was reduced for the NLU (OR 0.44 95% CI 0.22 to 0.89) and functional status at discharge increased (SMD 0.37, 95% CI 0.20 to 0.54) but there was a near significant increase in inpatient stay (WMD 5.13 days 95% CI -0.5 days to 10.76 days). Early readmissions were reduced (OR 0.52 95% CI 0.34 to 0.80). One study compared a NLU for the chronically critically ill with ICU care. Mortality (OR 0.62 95% CI 0.35 to 1.10) and length of inpatient stay differ did not differ (WMD 2 days, 95% CI 10.96 to -6.96 days). Early readmissions were reduced (OR 0.33 95% CI 0.12 to 0.94). Costs of care on the NLU were higher for UK studies but lower for US based studies.

AUTHORS' CONCLUSIONS:

There is some evidence that patients discharged from a NLU are better prepared for discharge but it is unclear if this is simply a product of an increased length of inpatient stay. No statistically significant adverse effects were noted but the possibility of increased early mortality cannot be discounted. More research is needed.

La riconfigurazione della rete territoriale

L.Roti

Casa della salute: un modello organizzato della rete territoriale

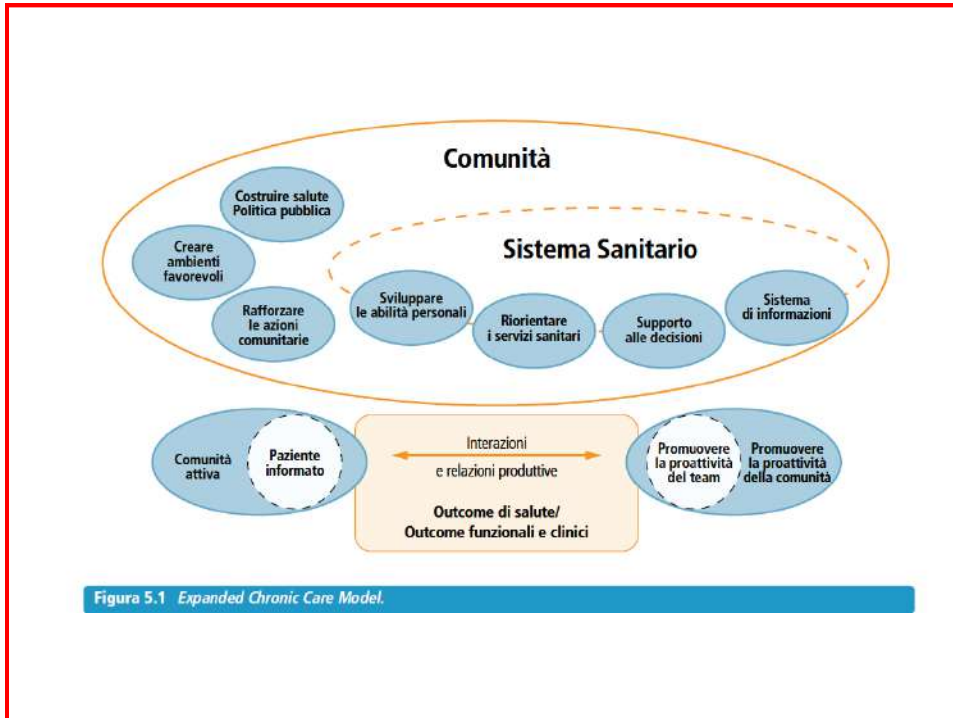
Regione Toscana nel DGR 625/2010

E' un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano.

Ministero della Salute
www.salute.gov.it/.../C_17_pagineAree_822_listaFile_itemName_0_file.ppt

“Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)”: elementi comuni

- Il passaggio da un'assistenza “reattiva” a **un'assistenza “proattiva”**.
- Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla **stratificazione del rischio e su differenti** livelli di intensità assistenziale.
- Il riconoscimento che le **cure primarie devono essere il punto centrale (Hub) dei** processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema.
- L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui **bisogni individuali della persona, nel suo** specifico contesto sociale.
- La presenza di **sistemi informativi evoluti**.
- Poter far leva sulla **partecipazione comunitaria**.
- Investire sull'**auto-gestione dei pazienti e dei caregivers**.
- Disporre di **linee guida in grado di tener conto della co-morbilità**.
- Basarsi su **team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo**.



La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale

The Community Care as a model of social and health integration at the local level

Community care: il governo delle cure primarie attraverso le reti socio-sanitarie di tutela della salute

Un approccio che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, suggerendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli come reti di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti del "settore informale" (vicinato, gruppi amicali, famiglie, associazioni locali) e del "settore formale" (organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit) mediante relazioni di reciprocità sinergica: si tratta di un processo di "restituzione" della competenza di cura alla società civile.

"presa in carico della comunità da parte della stessa comunità"

Stanford: un programma di supporto all'autogestione del paziente di documentata efficacia

Programma di supporto all'autogestione del paziente, ideato da Kate Lorig presso l'Università di Stanford e diffuso in numerosi sistemi sanitari occidentali che prevede:

- **piccoli gruppi** di pazienti cronici
- **metodologia fondata sui principi dell'educazione tra pari** (peer education) : conduttore sanitario e conduttore cittadino volontario formati (entrambi conduttori certificati Stanford).
- **argomenti trattati:** gestione delle emozioni, alla capacità di pensare positivo nel prendere decisioni, da prove di rilassamento e di respirazione, alla sana alimentazione e ai benefici dell'attività fisica, per arrivare alla gestione dei farmaci e alla buona comunicazione con gli altri e con il personale sanitario.
- **focus sui bisogni individuali** di ogni singolo paziente, sull'efficacia del cambiamento di stile di vita in termini di salute e sull'uso appropriato dei servizi
- **empowerment di comunità**, attivando non solo il coinvolgimento del singolo cittadino, ma anche una collaborazione strutturata con le associazioni del territorio

Implementation Manual Stanford Self-Management Programs 2008

Il paradigma della relazione mira a sviluppare l'empowerment dell'assistito il quale, acquisendo una profonda conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri bisogni di salute, assume la responsabilità della gestione del proprio percorso all'interno dell'organizzazione sociosanitaria¹ ed è incoraggiato e motivato a sviluppare un'autogestione completa – self-management – delle proprie criticità, avvalendosi della consulenza educativa del professionista della salute spesso rappresentato dall'infermiere

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model*, JAMA 2002;288:1909-14.

Estensione del modello della “Sanità di Iniziativa al paziente “complesso”

- *Delibera della Giunta regionale n. 716 del 3 agosto 2009*, la Regione Toscana ha avviato l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale.
- *Parere CSR 73/2013* dà indicazione per valutazione effetti del modello in relazione ai pazienti cosiddetti "complessi" - collocabili nella parte alta della piramide - ovvero pazienti in gran parte anziani ad alto rischio di ospedalizzazione con bisogni molteplici per più condizioni croniche, connotati da elevati consumi di farmaci e prestazioni
- *Delibera GRT 650 del 7/07/2016* “Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello”

Il nuovo modello

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio
(Expanded CCM, Kaiser Permanente)



CCM RT: patologie conclamate (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ictus)

Quaderni
del Ministero
della Salute

23
n. 23, settembre-ottobre 2014

Criteria di appropriatezza clinica,
tecnologica e strutturale nell'assistenza
del paziente complesso

Tabella 4.2 Indicatori di complessità di gestione riferibili al paziente

- Numero di farmaci somministrati
- Durata del ricovero
- Numero di consulenze
- Prestazioni infermieristiche
- Esami strumentali
- Esami di laboratorio
- Complessità organizzativa dal punto di vista infermieristico
- Complessità organizzativa dal punto di vista medico
- Complessità delle cure infermieristiche
- Complessità delle cure mediche

Guided care: a new frontier for adults with chronic conditions

This article describes "Guided Care," a promising new model of case management that includes disease management, self-management, transitional care, and caregiver support for multimorbid patients and their families.

Primary practice settings: Guided Care nurses, based at primary care practices, extend services to the home and all the other settings where their patients receive care.

Findings and conclusions: Guided Care nurses take responsibility for 50-60 multimorbid patients. For each patient, the nurse performs a home assessment and creates an evidence-based plan of care. In partnership with the primary physician, the Guided Care nurse then monitors and coaches the patient monthly, coordinates the patient's transitions between providers and sites of care, educates and supports family caregivers, and facilitates access to community resources.

Implications for case management practice: As a next stage in the evolution of case management, Guided Care may be supported by Medicare and, therefore, adopted widely throughout the American healthcare.

Aliotta SL , Prof Case Manag. 2008 May-Jun;13(3):151-8

Gestione del paziente complesso: metodologia

- *Visita domiciliare* per effettuare una prima valutazione globale multidimensionale: funzionale, cognitiva, performance fisiche, sicurezza ambientale, gestione terapia, ambiente sociale)
- *Visita in ambulatorio*, stesura coordinata ed integrata del planning dell'assistenza (da definire attraverso procedure e strumenti condivisi):
 - piano di cura (Infermiere, MMG ed altri professionisti) definisce livelli di intensità assistenziale e il monitoraggio necessario, si riferisce a linee guida/buone pratiche elaborate dal gruppo multi professionali in grado di tener conto della co-morbilità e della complessità assistenziale.
 - piano di azione (per paziente e caregiver) prevede interventi di auto-gestione del pazienti e dei caregivers
- Monitoraggio pro-attivo ≥ 1 /mese
- Riunioni di equipe nel corso del programma

Care Manager per il coordinamento e la gestione del processo assistenziale

1. Assicura la continuità assistenziale promuovendo il corretto e fluido sviluppo del percorso clinico assistenziale nell'ambito del piano assistenziale predefinito
2. Monitorizza la sequenza coordinata di attività facilitando i progressi nel piano assistenziale, organizzando la consultazione con gli specialisti e garantendo il trasferimento a contesti di cura diversi in caso di bisogno (Cure Intermedie, RSA, Ospedale)
3. Promuove e mantiene la continuità relazionale e informativa anche quando l'assistito è inserito in setting diversi da quello domiciliare e la comunicazione efficace tra i diversi professionisti
4. Valuta i rischi reali e potenziali per il paziente e la famiglia/caregiver, predisponendo interventi atti alla prevenzione e alla soluzione attraverso strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment del paziente e della famiglia/caregiver

Regione Lombardia Delibera 6551/2017
 Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti
 cronici e/o fragili

Il ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie nella presa in carico dei pazienti cronici

Con riferimento a quanto disposto nel Piano Nazionale della
 Cronicità, che prevede

- un approccio assistenziale basato sul modello di **case management**, la figura infermieristica può fornire una interfaccia con il paziente, nell'ambito del processo assistenziale contribuendo direttamente a risolvere i suoi problemi di accesso alle cure.
- l'infermiere fungendo da riferimento stabile del paziente e dei suoi caregiver fin dal momento della presa in carico anche attraverso il follow up infermieristico, può divenire in questa fase il punto di raccordo tra il percorso clinico e quello assistenziale al fine di migliorare la presa in carico e la qualità della vita del paziente.

Presa in carico

- **E' l'arte del compromettersi, di andare oltre alla prestazione**, oltre alle necessità espresse o evidenti della persona per individuare anche quei bisogni che per pudore o altro non si palesano;
- E' la capacità di entrare in rapporto con le persone farsi carico delle loro **necessità complesse**, assicurando un servizio integrato e in rete, evitando di delegare questa funzione al cittadino o ai suoi familiari;
- E' riconoscergli dei diritti, pensare che "ha diritto che gli si assicuri qualcosa", non che l'assistito ha bisogno che io faccia qualcosa!

Maila MISLEJ

"L'Infermiere di famiglia e di comunità": 47

Infermieristica nelle “cure primarie”, di “famiglia”, “territoriale»

L'infermiere:

- **gestisce, nell'ambito territoriale di riferimento**, il soggetto nella propria condizione cronica attraverso i vari settings assistenziali, secondo la logica della proattività, e considerando il luogo di vita delle persone come l'ambito preferenziale in cui interagire per perseguire gli obiettivi di salute dei singoli e delle famiglie.
- **utilizza il modello del Care Management** nei confronti dei soggetti complessi e per questo dovrà sviluppare e differenziare alcune competenze (es. conduttori/ formatori dei programmi della Stanford University)
- **partecipa all'implementazione del piano assistenziale individualizzato (PAI) con il MMG** e le altre strutture aziendali coinvolte.

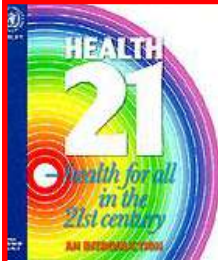
Regione Lombardia Delibera 6551/2017

Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili

Il ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie nella presa in carico dei pazienti cronici

Con riferimento a quanto disposto nel Piano Nazionale della Cronicità, che prevede

- un approccio assistenziale basato sul modello di **case management**, la figura infermieristica può fornire una interfaccia con il paziente, nell'ambito del processo assistenziale contribuendo direttamente a risolvere i suoi problemi di accesso alle cure.
- l'infermiere fungendo da riferimento stabile del paziente e dei suoi caregiver fin dal momento della presa in carico anche attraverso il follow up infermieristico, può divenire in questa fase il punto di raccordo tra il percorso clinico e quello assistenziale al fine di migliorare la presa in carico e la qualità della vita del paziente.



Health21: La salute per tutti nel 21 secolo

Dichiarazione dell'O.M.S.
adottata nella 51^ Assemblea nel maggio 1998

Obiettivo XV “L’integrazione del settore sanitario”

- In molti stati membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario con un’attenzione particolare all’assistenza sanitaria di base.
- Al centro dovrebbero collocarsi un **infermiere di famiglia, adeguatamente formato**, in grado di fornire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie.
- *Servizi più specializzati* dovrebbero essere offerti da un *medico di famiglia che, insieme all’infermiere*, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale, sui problemi di salute.
- Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la scelta di queste figure, che dovrebbero anche occuparsi del sostegno attivo all’autocura. (...)

L’integrazione deve essere un obiettivo strategico

- Vi è evidenza che laddove è **maggiore la complessità organizzativa, maggiore è il bisogno di integrazione tra le diverse componenti dell’organizzazione**
- Le difficoltà richiedono una **strategia dell’integrazione**

Integrated care

Integrated care as a concept is an imprecise hodgepodge. Its meanings are as diverse as the numerous actors involved.

Key Conclusions

Integrated care is essential to sustaining our health systems. It is a multi-level, multi-modal, demand-driven and patient-centred strategy designed to address complex and costly health needs by achieving better coordination of services across the entire care continuum. Not an end in itself, integrated care is a means of optimizing system performance and attaining quality patient outcomes. While there is growing consensus that high-performing healthcare organizations cannot do without health system integration in order to meet changing patient needs and community expectations, there is much less agreement on the best ways to accomplish the goal of integrated care. The purpose of this review was to explore and provide a clearer picture of integrated care.

Kodner (2009)

Integrazione: strumenti

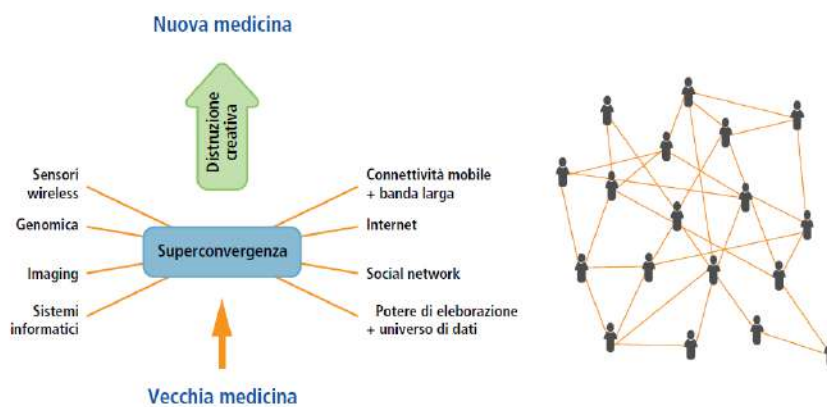


Figura 1.2 Dall'approccio riduzionista verso la medicina della complessità.

Il ruolo delle professioni sanitarie nella gestione delle patologie croniche

L'importanza di team multidisciplinari nell'assistenza primaria, con la responsabilità della gestione delle patologie croniche affidata alle professioni sanitarie che costituiscono parte integrante del team, è stata ampiamente dimostrata

Bodenheimer T, (2008), "Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System", *The New England Journal of Medicine*, 358;10

Singh D, (2005), *Which Staff Improve Care for People with Long Term Conditions?*, Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham.

Patto per la Salute 2014/2016

ART.5

Assistenza territoriale

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per **perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti** prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo.

Come puoi essere una voce che guida?

- Ci sono tre modi per essere una voce che guida:
- esserlo come persona
- esserlo come professionista
- esserlo come parte di un team multidisciplinare

(da «Infermieri: una voce che guida per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile»
CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere, 2017)

“Non c'è mai stato un momento in cui le voci degli infermieri siano state più urgentemente necessarie agli alti livelli della definizione delle politiche e della presa di decisioni di quanto lo siano ora”

Judith Shamian, Presidente ICN, 2017