

Distretti 1 – 2 – 3 – 4 -5 ASSL CAGLIARI

Titolo Progetto: Sperimentazione e attivazione di percorsi di presa in carico della cronicità e di un modello organizzativo di team multidisciplinare.

Descrizione del progetto

A quasi tre anni dall'approvazione del Piano Nazionale della Cronicità, emanato nel 2016 dal Ministero della Salute, per armonizzare a livello nazionale le iniziative volte a promuovere l'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, l'impatto di queste sul Servizio Sanitario in termini epidemiologici ed economici sta assumendo una rilevanza sempre maggiore. Le principali patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, oncologiche, neurodegenerative e diabete) caratterizzate da un lento e progressivo declino delle funzioni fisiologiche sono infatti la principale causa di morte in Italia come in tutti i paesi industrializzati. Inoltre, negli ultimi anni, la programmazione sanitaria è stata improntata prevalentemente su criteri di economicità, a scapito della prevenzione.

L'attivazione di **ambulatori infermieristici territoriali della cronicità** per la presa in carico dei pazienti cronici secondo il Chronic Care Model, in stretta integrazione con i MMG, gli specialisti ambulatoriali, i reparti ospedalieri, i servizi sociali comunali e le associazioni di volontariato, rappresenta una risposta efficace per la prevenzione e gestione della cronicità. (Vedi Piano Nazionale della Cronicità).

Descrizione del problema e delle motivazioni

Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano una grande sfida per il SSN. Sebbene i tassi di mortalità stiano diminuendo, la prevalenza di queste patologie è in netta crescita per l'effetto congiunto di due fenomeni: l'invecchiamento della popolazione e la crescente esposizione a fattori di rischio. Spesso i pazienti anziani sono affetti da più patologie croniche concomitanti, richiedono molte visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, assumono una grande quantità di farmaci in un percorso di cura frammentato, con frequenti riacutizzazioni della/e patologia/e e ricoveri ripetuti. Si determina nel tempo un elevato consumo di risorse economiche spesso in maniera inappropriata.

Per tali situazioni è dimostrata l'efficacia di modelli ispirati al Chronic care model, focalizzati sul paziente in toto e non sulle singole patologie, con una presa in carico globale e a lungo termine dello stesso, mediante un approccio educativo e proattivo, attenzione alla continuità delle cure, utilizzo di metodiche di stratificazione del rischio a seconda del grado di evoluzione della patologia e percorsi di cura differenziati, condivisi tra tutti gli operatori coinvolti, con una forte integrazione delle azioni sanitarie e sociali degli operatori sociosanitari: MMG, specialista ambulatoriale, infermiere di distretto, e assistenti sociali, ecc. Questo approccio è applicabile sia ai pazienti cronici per i quali sia stato predisposto un PDTA aziendale, sia agli altri pazienti cronici, secondo modelli organizzativi da definire.

Essendo il Distretto la sede per eccellenza dell'integrazione sociosanitaria, l'infermiere di distretto e l'ambulatorio distrettuale della cronicità hanno un ruolo centrale, (così come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità), sia per la possibilità di favorire l'integrazione degli interventi dei vari professionisti, sia per la possibilità di presidiare assiduamente la continuità delle cure al paziente e di costruire nel tempo una relazione di fiducia con il paziente e i suoi familiari, il suo ambito familiare,

situazione che agevola l'addestramento all'autogestione delle cronicità e sinergia con i servizi sociali comunali e le associazioni di volontariato.

Obiettivi del progetto

All'interno di un obiettivo generale di riorganizzazione delle cure primarie, gli obiettivi specifici del progetto sono:

- Aumentare e migliorare la presa in carico globale dei pazienti cronici in particolare quelli che assumono numerosi farmaci prescritti da specialisti di branche diverse che non dialogano tra loro, necessitano di molte visite specialistiche e di varie terapie farmacologiche e sono soggetti a ricoveri ripetuti, talvolta inappropriati o comunque prevenibili;
- Promuovere la medicina di iniziativa, perseguendo l'autogestione della malattia e la proattività;
- Implementare i percorsi di cura previsti dai PDTA aziendali;
- Prevenire le riacutizzazioni delle patologie croniche e i ricoveri ripetuti;
- Promuovere e migliorare l'integrazione multi professionale tra MMG, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e operatori ospedalieri;
- Razionalizzare la spesa.

Attività propedeutiche

- Elaborazione del documento di progetto e comunicazione alla Direzione di Area;
- Individuazione della sede dell'Ambulatorio Cronicità, a cura di ogni Distretto;
- Individuazione formale di un'équipe multi professionale distrettuale composta da medici specialisti (cardiologo, pneumologo, diabetologo, dietologo, nefrologo) medici di distretto, e infermieri distrettuali;
- Individuazione di carenze rispetto al team standard e richiesta delle figure mancanti;
- Pianificazione ed espletamento di incontri di informazione e sensibilizzazione dei MMG dell'ambito distrettuale di riferimento, con illustrazione del progetto e richieste di adesione alla partecipazione;
- Definizione target dei pazienti da arruolare: è rappresentato da tutti i pazienti affetti da una determinata patologia cronica (in un primo tempo si darà priorità a patologie quali Diabete, Scenpenso cardiaco e BPCO, per le quali sono già disponibili specifici PDTA), indipendentemente dal grado di evoluzione della patologia, dimessi dai reparti per acuti o inviati dai MMG o specialisti ambulatoriali territoriali o ospedalieri;
- Definizione in accordo con gli specialisti distrettuali delle caratteristiche cliniche e assistenziali dei pazienti da arruolare secondo una stratificazione del rischio, in base al grado di evoluzione della patologia;
- Formazione degli infermieri mediante un corso residenziale in collaborazione con il Servizio delle Professioni Sanitarie e dei medici specialisti del Distretto e formazione tra pari (infermieri esperti),
- Predisposizione di materiale informativo da distribuire al paziente che accede all'ambulatorio della cronicità;
- Definizione delle modalità di contatto tra MMG, specialisti ambulatoriali, presidi ospedalieri e l'ambulatorio delle cronicità e predisposizione di tutta la modulistica necessaria, anche con

l'istituzione di una mail e un numero di telefono dell'ambulatorio dedicati al progetto, definizione degli orari di apertura dell'ambulatorio, definizione della modalità di registrazione dei dati ai fini della continuità di cura e per la predisposizione di report dell'attività. Vedi "Regolamento per la Gestione delle funzioni degli ambulatori infermieristici territoriali - Delibera Asl Cagliari n. 1377 del 04/11/2016"

- Ricognizione delle associazioni di volontariato di settore per avviare rete di sensibilizzazione della popolazione.

Fase di avvio del progetto:

Espletate le attività prodromiche sopra elencate, si procederà come di seguito indicato:

1. **Arruolamento dei pazienti:** il MMG invia il paziente all'ambulatorio delle cronicità, e l'infermiere incontra il paziente e gli illustra il progetto, spiegando i vantaggi di partecipare al percorso (presa in carico con monitoraggio continuo ed educazione). I pazienti identificati in ospedale in occasione di un ricovero o di un accesso al PS devono essere inviati, dopo adeguata informazione al proprio MMG e all'ambulatorio per le cronicità per l'adesione al progetto;
2. **Adesione consapevole del paziente:** il paziente partecipa formalmente al progetto attraverso la sottoscrizione di un modulo di consenso al trattamento dei dati tra i vari operatori coinvolti e consenso informato per i trattamenti sanitari del caso. In questa fase avviene la raccolta di informazioni utili a monitorare il processo assistenziale tramite indicatori. Il paziente informato deve essere responsabilizzato nel rispettare le indicazioni e le scadenze definite nel Piano di cura;
3. **Presa in carico:** il MMG e l'infermiere inviano i pazienti individuati come target, allo specialista per l'approfondimento diagnostico, la stratificazione del rischio e la stadiazione della malattia;
4. **Stratificazione del rischio:** è una funzione specialistica e consiste nella classificazione dei pazienti, in sub target (sottoclassi) a seconda del grado di evoluzione della patologia e della complessità assistenziale e conseguente pianificazione del follow-up personalizzato e condiviso. Lo specialista invia una relazione al MMG e all'infermiere del distretto con l'applicazione del triangolo della stratificazione del rischio, ai pazienti con patologia cronica, sulla base della complessità clinica e dell'appropriatezza del setting assistenziale e dei professionisti coinvolti, come appresso schematizzato:

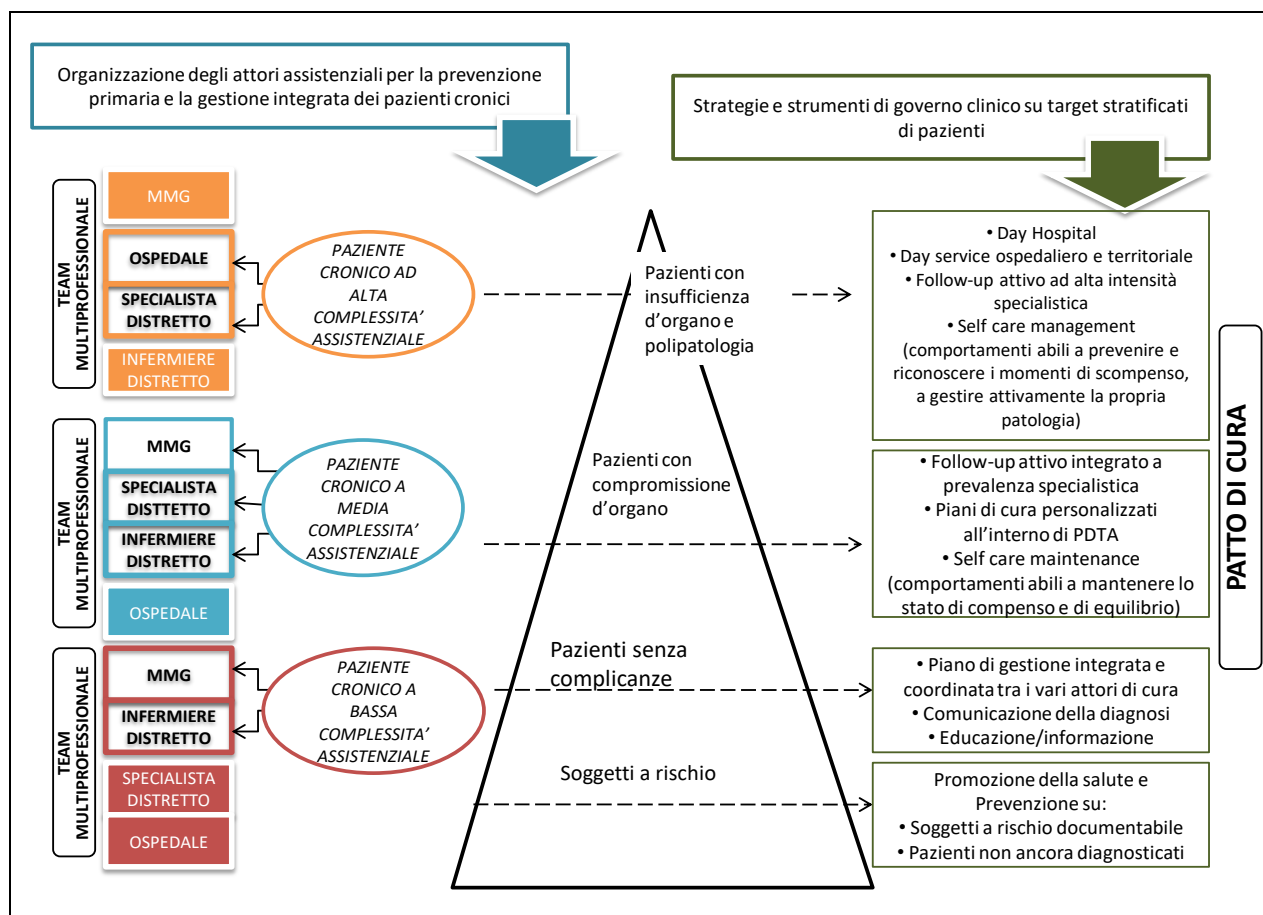


Fig 1: Applicazione del triangolo di stratificazione del rischio nei pazienti con patologia cronica. Da Gestione integrata e percorsi assistenziali, Progetto IGEA, Il Pensiero scientifico editore anno 2011; modificata

Il lato sinistro della figura mostra il tipo di risposta organizzativa (quali attori per quali pazienti), che varierà a seconda del grado di complessità gestionale dei pazienti.

- Per il sub-target a bassa complessità, nel quale mediamente si colloca fino al 70-80% dei pazienti, le figure che prevalgono sono l'MMG e l'infermiere distrettuale, che attueranno il follow-up. La promozione della salute, posta alla base del triangolo, deve essere vista non solo come supporto alla cura dei pazienti cronici ma anche come strumento di prevenzione primaria rivolta ai familiari e a tutta la rete sociale del paziente e ad ampio spettro, ovvero destinata a rimuovere fattori di rischio o correggere abitudini e stili di vita errati in grado di impattare su numerose patologie croniche (obesità, ipertensione, fumo, abuso di alcool, sedentarietà etc.).
- Il sub-target a media complessità, nel quale si colloca una percentuale variabile a seconda del tipo di patologia cronica, vedrà coinvolto lo specialista ambulatoriale del distretto (anche per questo target l'uso dell'ospedale è improprio, eccetto che per eventuali problemi ad insorgenza acuta, non prevedibili). Anche per questi pazienti, il MMG e l'infermiere del Distretto rimangono il riferimento stabile. Il follow-up integrato per questi pazienti dovrebbe prevedere

mediamente una frequenza di controlli specialistici maggiore rispetto al sub-target precedente secondo criteri basati sull'evidenza e predefiniti nei PDTA specifici per patologia. La frequenza delle visite specialistiche aumenterà con la severità del quadro clinico e con l'instabilità dello stesso.

- Per quanto riguarda il sub-target a più alta complessità (la punta della piramide), dove usualmente e al di là delle differenze tra le specifiche patologie croniche, si colloca circa il 6-7% dei pazienti, responsabili della maggior parte dei ricoveri e dei costi del sistema, gli specialisti ambulatoriali distrettuale e ospedaliero devono essere coinvolti in maniera più rilevante nel follow-up con controlli pluri-specialistici più frequenti, e Piani di cura personalizzati e contestualizzati. Il ricorso allo specialista ospedaliero dovrà avvenire per quanto possibile all'occorrenza e in maniera programmata.

Nei servizi distrettuali, l'infermiere care-manager opera all'interno del team assistenziale, in piena sintonia con il MMG responsabile clinico del paziente, facilitandone e rendendone più efficace la funzione. All'infermiere compete la programmazione, il coordinamento e l'attuazione delle attività cliniche assistenziali e socio assistenziali previste nel Piano di cure personalizzato o nel PDTA, in un'ottica di integrazione multiprofessionale e l'utilizzo ottimale e appropriato dei servizi anche nell'interazione tra territorio e ospedale.

Fanno parte del ruolo di care-manager la

- Condivisione con il paziente del patto di cura che include le scadenze delle visite specialistiche e non, dei controlli diagnostici, le scadenze del follow-up infermieristico, le modalità di programma di automonitoraggio, il piano educativo del paziente e degli eventuali familiari coinvolti nel processo;
- Attuazione e monitoraggio del piano di follow-up da parte dei professionisti coinvolti e scambio periodico di informazioni. Il follow-up deve essere definito e concordato tra MMG, infermieri, specialisti e tutti i professionisti coinvolti e con il paziente, in modo da definire una sua responsabilizzazione.

La responsabilizzazione del paziente si basa sul fatto che esso stesso deve partecipare al controllo costante della sua patologia attraverso l'auto - rilevazione e registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali d'allarme nella scheda di automonitoraggio messa a sua disposizione dal team assistenziale, la partecipazione agli incontri educativi, l'adesione alla terapia. Inoltre il monitoraggio deve prevedere la sorveglianza attiva da parte del team di assistenza dello sviluppo del piano di cura attraverso la valutazione degli esami e controlli periodici, il grado di partecipazione del paziente e l'adesione alla terapia. Può essere attivato, nei pazienti in situazioni di particolare complessità, che necessitano di controlli molto frequenti, potrà effettuarsi a supporto delle altre verifiche, anche un follow-up infermieristico telefonico.

Indicatori

L'individuazione di indicatori di processo e di esito (out come), sono utili al monitoraggio ed alla valutazione delle attività ed uno strumento importante attraverso il quale si possono identificare i problemi, quantificare gli obiettivi perseguibili in un determinato periodo di tempo, verificare i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi, individuare i settori che necessitano di azioni correttive e misurare l'impatto delle attività realizzate. Per questi aspetti si è scelto di definire una serie di indicatori generali

e specifici, che esprimano il buon funzionamento del modello proposto per la gestione del paziente cronico e siano applicabili alle varie situazioni di cronicità, senza però entrare nel dettaglio di alcuna specifica patologia cronica.

Indicatori di processo

Denominazione	Tempistica	Unità di misura	Fonte
Partecipazione del Team attività formativa	Annuale	Partecipazione al 90% delle ore totali del percorso formativo previste dal presente progetto	Fogli firma presenze
Costruzione e strutturazione di data base: redazione del registro dei pazienti cronici suddiviso per patologia e per livello di complessità assistenziale	Annuale	Presenza di un data base strutturato per patologia e livello di complessità assistenziale	Cartella clinica integrata dei pazienti arruolati nel progetto; sistemi informativi aziendali/regionali.
Efficienza della rete territoriale	semestrale/annuale	N. pazienti presi in carico dal Distretto sui pazienti segnalati dal reparto ospedaliero o MMG.	Flussi PUA-UVT del Distretto. Registro ambulatorio cronicità
Percentuale di adesione dei MMG al progetto	semestrale/annuale	N.° di MMG che aderiscono al progetto su N.° di MMG contattati	Lettere di invito. Registro ambulatorio cronicità
Indice di Drop-out	semestrale/annuale	N.° di pazienti che abbandonano il percorso su N.° di pazienti arruolati	Registro ambulatorio cronicità

Indicatori di outcome

Denominazione	Tempistica	Unità di misura	Fonte
Riduzione accessi al pronto soccorso per riacutizzazione	Annuale	Frequenza accessi in P.S. per patologia (numero di	Flussi pronto

della patologia		accesi per patologia sul totale dei pazienti presi in carico per patologia dal modello CCM)	soccorso
Riduzione ricoveri ospedalieri non programmati per riacutizzazione della patologia	Annuale	Frequenza ricoveri per patologia (numero di ricoveri non programmati per patologia sul totale dei pazienti presi in carico per patologia dal modello CCM)	SDO

Cronoprogramma attuativo

ATTIVITA'	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
Elaborazione del documento di progetto e comunicazione alla Direzione di Area	X						
Individuazione della sede dell'ambulatorio cronicità, a cura di ogni Distretto	X						
Individuazione formale di un'équipe multi professionale distrettuale		X					
Individuazione di carenze rispetto al team standard e richiesta delle figure mancanti e aggiornamenti periodici;		X	X	X	X	X	X
Definizione					X	X	X

target dei pazienti da arruolare							
Stratificazione del rischio					X	X	X
Incontri di informazione e sensibilizzazione dei MMG dell'ambito distrettuale				X	X		
Pianificazione e avvio Formazione degli infermieri	X	X	X	X	X	X	X
Predisposizione di materiale informativo da distribuire al paziente					X	X	X
Definizione delle modalità di contatto tra professionisti e ambulatorio cronicità				X	X		
Ricognizione delle associazioni di volontariato di settore						X	X
Avvio attività presa in carico					X	X	X

Punti di debolezza

- Carenze strutturali, organizzative e culturali e limitate risorse umane e strumentali.
- Ritardo nella strutturazione della rete di case della salute previste dalla programmazione regionale e nel raggiungimento della piena operatività di quelle esistenti;
- Mancato rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di Assistenza Primaria, con mancato avvio delle AFT e UCCP.
- L'adesione dei MMG al progetto è necessariamente su base volontaria
- Scarso coinvolgimento/partecipazione dei MMG/PLS alla definizione dei PDTA aziendali;
- Difficoltà ad adeguare i sistemi informativi.

Supporti necessari

- Investimento sul sistema informativo a supporto delle attività di cura e di monitoraggio per cartella clinica integrata anche attraverso il miglioramento della intercomunicabilità dei sistemi informativi in uso in ATS (es. laboratorio, diagnostica immagini, CUP, Distretto, MMG e fascicolo sanitario elettronico);
- Sviluppo delle piattaforme di ICT anche in riferimento alla telemedicina per il monitoraggio e la gestione a distanza dei pazienti al proprio domicilio o ospiti in strutture residenziali.
- Attivazione agende di specialistica ambulatoriale separate/dedicate al follow up del paziente cronico;
- Reperibilità nei giorni festivi/notturni del team assistenziale territoriale
- Materiali/Strumentazione a disposizione degli ambulatori della cronicità

Allegato 1

Programma Progetti formativi

PROGRAMMA ATTIVITA' DI FORMAZIONE SUL CAMPO
IMPLEMENTAZIONE PDTA BPCO E SPERIMENTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO
TERRITORIALE NELL'AMBULATORIO CRONICITA'

Razionale: passaggio da una gestione per specialità ad una gestione per processi per ridurre la variabilità dei comportamenti mantenendo quelli più appropriati e virtuosi.

Destinatari: infermieri ambulatori della cronicità e cure domiciliari distrettuali,

Docenti: Dott. Severino, Dott.ssa Annalisa Maxia, Dott.ssa Farris Donatella, Dott. Ignazio Tosi, Dott.ssa Serra Giovanna

Sede e Durata: da definire

Argomenti da sviluppare secondo PDTA:

- La presa in carico nel territorio del paziente cronico e l'approccio secondo la medicina di iniziativa
- Il monitoraggio delle patologie croniche secondo la stratificazione del rischio per la prevenzione delle riacutizzazioni
- Il follow up del paziente con BPCO
- La valutazione dell'adesione alla terapia farmacologia, ricognizione e riconciliazione farmacologica con pneumologo, MMG e infermiere
- L'indice di Morisky
- Il monitoraggio e la prevenzione della riacutizzazione
- L'educazione sanitaria e l'empowerment per la promozione del self care
- La comunicazione tra professionisti

Prestazioni: EGA, saturimetria, spirometria,

Attrezzature necessarie: spirometro, saturimetro

PROGRAMMA ATTIVITA' DI FORMAZIONE SUL CAMPO
IMPLEMENTAZIONE PDTA SCOMPENSO CARDIACO E SPERIMENTAZIONE DELLA
PRESA IN CARICO TERRITORIALE NELL'AMBULATORIO CRONICITA'

Razionale: passaggio da una gestione per specialità ad una gestione per processi per ridurre la variabilità dei comportamenti mantenendo quelli più appropriati e virtuosi.

Destinatari: infermieri ambulatori della cronicità e cure domiciliari distrettuali,

Docenti: Dott. Carlo Balloi, Dott.ssa Cristiana Cauli, Dott.ssa Cristiana Montaldo, Dott.ssa Patrizia Sessini

Sede e Durata: da definire

Argomenti da sviluppare secondo PDTA:

- La presa in carico nel territorio del paziente cronico e l'approccio secondo la medicina di iniziativa
- Il monitoraggio delle patologie croniche secondo la stratificazione del rischio per la prevenzione delle riacutizzazioni
- Dimissione Ospedaliera e follow up del paziente con Scopenso Cardiaco
- La valutazione dell'adesione alla terapia farmacologia, ricognizione e riconciliazione farmacologica con cardiologo, MMG e infermiere
- L'indice di Morisky
- Il monitoraggio e la prevenzione della riacutizzazione
- L'educazione sanitaria e l'empowerment per la promozione del self care
- La comunicazione tra professionisti

Prestazioni: ECG, saturimetria, Holter, Monitoraggio P.A.

Attrezzature necessarie: cardiolina, saturimetro

