



PROGETTO EDITORIALE:

“LE PAGINE DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE CONTINUA”

Con questo numero inizia un nuovo progetto editoriale caratterizzato da un fascicolo di aggiornamento e formazione continua inserito all'interno della Rivista. I fascicoli saranno numerati e potranno essere staccati per essere conservati, dal singolo Iscritto in un raccoglitore.

Le aree tematiche che vogliamo affrontare sono le seguenti:

1. Nursing della cronicità – Infermiere di famiglia.
2. Nursing materno infantile – infermieristica transculturale.
3. Nursing delle attività di vita: nutrizione/idratazione, riposo, movimento, ecc. Nursing dell'emergenza/urgenza.
4. Nursing e sanità Pubblica: le malattie infettive oggi.
5. Nursing e benessere: gli stili di vita, l'educazione sanitaria e l'educazione terapeutica.
6. Percorsi terapeutici-assistenziali in: oncologia, nella donazione di organi e trapianti, ecc..
7. Nursing e organizzazione manageriale.
8. Nursing e formazione continua: l'inserimento del neoassunto, aggiornamento delle competenze dell'infermiere.

Maria Cristina Orsi
Direttore di Focus Infermiere

A-1

IL “CHRONIC CARE MODEL”: UNA STRATEGIA PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA

di *Manuela Foli*

La crescente rilevanza delle malattie croniche, in tutto il mondo, ha messo in moto la necessità di ricercare sistemi più efficaci di prevenzione e di gestione, come elemento fondamentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un rapporto, “Preventing chronic diseases: a vital investment” (Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale), nel quale sostiene che un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche potrebbe salvare la vita a molte persone che rischiano altrimenti di morire nel giro di pochi anni¹.

Alimentazione poco sana, consumo di tabacco, mancanza di attività fisica, ipertensione, glicemia elevata, obesità, predisposizione genetica a determinate malattie, età: nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi².

Le modifiche sociali, economiche e culturali, come l'urbanizzazione, la globalizzazione, e lo sviluppo di determinate politiche ambien-

tali sono alla base dello aumento delle malattie croniche. Esse costituiscono un grave peso economico per i Paesi; i dati dimostrano che bisogna intervenire tempestivamente per evitare effetti negativi sullo sviluppo economico.

L'OMS ha proposto specifici interventi attraverso: leggi e norme, miglioramento ambientale ed urbano, interventi nelle scuole, comunità, luoghi di lavoro. Anche l'Italia è in linea con le indicazioni date dall'OMS nel contrastare le malattie croniche. Il cambiamento dei bisogni e le nuove domande di salute richiedono diverse modalità di risposta, basate sui principi della continuità delle cure di lunga durata (*long term care*) e sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali. Gli aspetti su cui il nuovo Sistema Sanitario pone maggiormente la sua attenzione riguardano:

- il progressivo invecchiamento generale della popolazione;
- l'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie cronicodegenerative;
- la riduzione della potenzialità di assistenza

¹ Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, www.epicentro.iss.it › focus › malattie croniche, novembre 2008.

² Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, www.epicentro.iss.it › giugno 2008.

- informale da parte dei nuclei familiari;
- l'accresciuta esigenza dei cittadini di partecipare attivamente alle scelte che riguardano le diverse opzioni assistenziali e curative;
 - il cambiamento del concetto di salute, intesa non solo come assenza di malattia, bensì come benessere psico-fisico e sociale;
 - la più diffusa sensibilità per le problematiche della prevenzione;
 - la modificazione dei processi e dei percorsi clinico-diagnostici e terapeutici, dovuta ad una sempre maggiore disponibilità di tecnologie avanzate e strumenti terapeutici di dimostrata efficacia.

Le nuove strategie organizzative degli ospedali, sono sempre più rivolte alla gestione delle fasi acute e ad interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità e impegno. L'attuale programmazione sanitaria riserva una crescente attenzione agli aspetti legati al percorso di integrazione tra ospedale e territorio. L'organizzazione di moderno ospedale deve essere sempre meno centralizzata e sempre più inserita nella rete dei servizi territoriali, rispondendo a criteri di integrazione e continuità assistenziale; deve avere caratteristiche di massima flessibilità, superando il tradizionale modello, dotato di "funzioni" tipicamente verticali e non sempre in grado di garantire interdisciplinarietà e integrazione-professionale. Al contrario devono essere favoriti processi clinici "orizzontali", in un'ottica dipartimentale ed interdipartimentale.³

La strategia integrata di cure primarie (*primary health care*) elaborata e presentata nella Dichiarazione di Alma Ata, nel 1978, proponeva una serie di valori guida per lo sviluppo sanitario (equità, intersettorialità, tecnologie appropriate e partecipazione della comunità) e di approcci per organizzare i servizi sanitari e per dare risposta ai bisogni di salute. A distanza di trenta anni questa proposta risulta attuale; infatti, oggi più che mai, anche nel rapporto 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è attestato che la *primary health care* è necessaria per ridurre le crescenti disuguaglianze nella salute e per rispondere alla domanda di assistenza sanitaria centrata sulla persona⁴. La Toscana, già con il Piano Sanitario Regionale 2005/2007 ha previsto, tra i 12 progetti speciali, uno riguardante le Unità di Cure Pri-

FASCICOLO n.1

marie (UCP). Si sono pertanto costituite UCP distribuite in 10 delle 12 aziende UUSLL. Questa esperienza ha rappresentato in Toscana il primo tentativo di sviluppo delle cure primarie. In passato la nostra regione aveva già dato un contributo importante a questo processo con l'Accordo regionale del 2006 con il quale si voleva: "... perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale in associazione, con i servizi e le attività territoriali, in coerenza con la programmazione locale, e con l'attività delle équipes territoriali nel rispetto dell'art. 26 dell'Accordo Collettivo Nazionale". In quel contesto il termine di "associazionismo" veniva interpretato in due modi diversi. Da un lato la via classica, cioè monoprofessionale, dall'altro nella nuova luce della integrazione multiprofessionale, sia all'interno della categoria medica (MMG, PLS, Specialisti e Continuità Assistenziale) che insieme agli altri attori della assistenza socio sanitaria: Infermieri, Assistenti Sociali, Operatori Socio Assistenziali, Fisioterapisti ecc... La sperimentazione si basava principalmente su due obiettivi: garantire ai cittadini un'effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore e assicurare risposte sanitarie e socio sanitarie coordinate e integrate a livello territoriale; presupponevano una presa in carico del paziente da parte del medico di medicina generale nell'ambito della sede dell'UCP per tutte le problematiche non differibili, tramite attività di primo soccorso coordinata dall'infermiere, gestione delle patologie croniche, prestazioni diagnostiche di primo livello laddove consentito dalla strumentazione presente. Nella valutazione delle attività svolte, nelle diverse realtà finanziate, alla fine del biennio è emerso:

- dal punto di vista della struttura organizzativa ed integrazione professionale un quadro non sintetizzabile in un unico modello ma che comunque ha visto delinearsi UCP costituite essenzialmente da una sede unica, dove i MMG (da un numero minimo di 5 ad un numero massimo di 10) esercitano la professione in maniera prevalente, con la presenza di figure infermieristiche e collaboratori di studio e, talvolta, con la presenza di specialisti e medici di guardia medica.
- dal punto di vista delle caratteristiche generali si può affermare che l'infrastruttura informatica e l'attività di prenotazione di esami e visite

FASCICOLO n.1

specialistiche è stata sviluppata nella maggior parte delle esperienze, a testimonianza degli sforzi di adeguamento degli studi medici ai requisiti previsti. In oltre la metà delle UCP il personale infermieristico partecipa ai punti di primo soccorso, con la garanzia di accoglimento del bisogno sanitario differibile, in una fascia oraria ampia, sia al mattino che al pomeriggio, e in molti casi coincidente con l'orario di apertura della sede UCP.

- Gli indicatori di risultato conseguiti sono la riduzione dei tassi di ospedalizzazione, grazie alla presenza di percorsi assistenziali. Gli obiettivi di appropriatezza del consumo di prestazioni specialistiche e di riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso (codici bianchi e azzurri), risultano tendenzialmente non raggiunti. Infine, il miglioramento dell'integrazione dei medici della continuità assistenziale non sembra essere stato raggiunto come obiettivo.

Anche se gli obiettivi non sono stati raggiunti nella sua interezza, rispetto alle aspettative, il modello rappresenta un punto di partenza per i professionisti, nel nuovo contesto sanitario della sanità di iniziativa, previsto dal PSR 2008-2010. La strategia del Piano Sanitario Regionale, che fa riferimento alla medicina di iniziativa, è volta ad adottare un modello capace di ridisegnare il sistema in funzione della nuova realtà, attraverso l'analisi e la valutazione del nuovo contesto sociale. Il modello operativo prescelto, per l'attuazione della sanità d'iniziativa in Toscana è partito dal Chronic Care Model (CCM), elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation.⁵ E' basato sulla integrazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento, ed il team multiprofessionale composto da operatori socio-sanitari, infermieri e MMG. I malati cronici (le evidenze scientifiche lo dimostrano), quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere. I pazienti con patologie croniche vengono suddivisi in tre diverse categorie, a cui corrispondono differenti approcci assistenziali:

Livello 1. Pazienti cronici con buon controllo della malattia.

Livello 2. Pazienti cronici con scarso controllo della malattia

Livello 3. Pazienti con più patologie complesse e alti livelli di consumo di prestazioni. In questi casi interviene un *case manager*, un infermiere o assistente sociale del *primary care team*, con lo scopo di coordinare gli interventi assistenziali.⁶

Figura 3 - Stratificazione in livelli di necessità assistenziali correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da: Department of Health, Government of United Kingdom, per concessione di Kaiser Permanente.

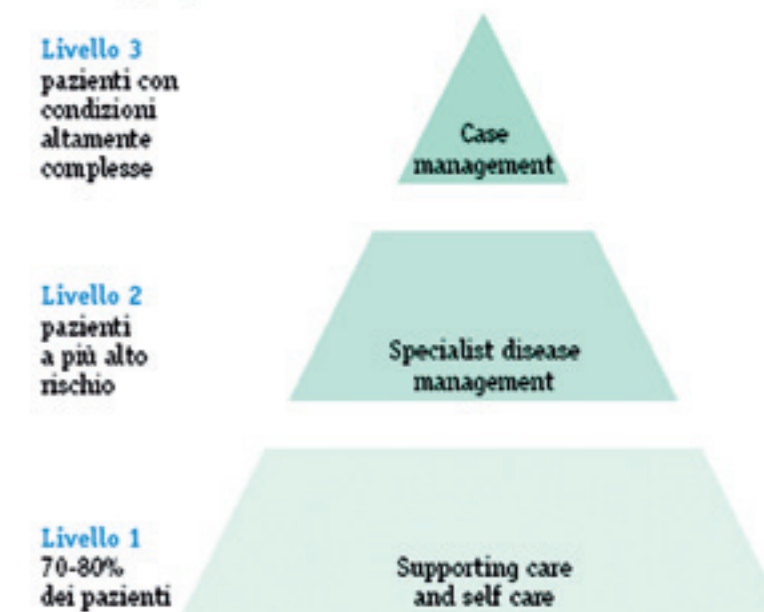


Fig.1. tratta dal sito: www.careonline.it/2007/3

Il modello si basa sul principio che per erogare una buona assistenza è importante agire su sei elementi fondamentali:

1. **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. **Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista at-

³ A. Alfano, M. Carlucci, G.S. Carniello, V. Donadon, S. Guarnirei, A. Mezzarobba, Un modello assistenziale per livelli differenziati di assistenza, *Infermieristica, Salute e territorio* 2005; n° 153: p. 333-334.

⁴ WHO "Primary health care, now more than ever" - World Health Report, 2008;

⁵ Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1:2-4

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood).* 2001;20:64-78.

⁶ G. Maciocco; Salute e territorio; Cure primarie e gestione delle malattie croniche, Dipartimento di Sanità pubblica Università di Firenze, N. 153 - 2005, p. 331.



tivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo.

4. L'organizzazione del team. La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche (come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi); 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia - una delle caratteristiche centrali del chronic care model - sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie⁷.



Fig.2. Fonte: Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio; Care 3, 2005

Il Chronic Care Model, è un modello che si basa sull'individuazione precoce dei segni e sintomi di aggravamento della malattia, sul coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente e dei suoi familiari nella gestione della malattia e sullo spostamento verso i servizi territoriali. In questo scenario è evidente come l'autonomia della professione infermieristica sia in crescita ed è sempre più richiesta la figura dell'infermiere di famiglia, chiamata ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita. In questo lavoro, flessibile e polivalente, gli Infermieri di Famiglia possono, da un lato individuare tempestivamente l'insorgenza di problemi di salute e garantirne la cura sin dal loro insorgere, dall'altro possono facilitare le dimissioni precoci dei pazienti dalle strutture sanitarie (ospedali o luoghi di convalescenza), reinserendo precocemente l'individuo nel suo contesto naturale: la propria casa. Il nucleo familiare torna ad essere il centro di raccordo dove, chi si occupa di assistenza, è effettivamente in grado di gestire le situazioni, tenendo conto degli aspetti psicologici e sociali del singolo individuo. Certamente questo sarà possibile se la famiglia e la persona assistita sarà supportata da figure professionali competenti. Ecco la nuova sfida per l'Infermiere di Famiglia: rappresentare uno degli snodi principali degli interventi sanitari a domicilio.

(Bibliografia reperibile presso il Collegio IPASVI Lucca.)