CARD
Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

XVI CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA
PDTA E CURE PERSONALIZZATE: strategia distrettuale per la lotta alle diseguaglianze

L'infermiere di comunità in FVG a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi

Bari, 25 maggio 2018

Marta Pordenon

Agenda

→Il progetto "*Infermiere di Comunità*" nell'Area della Bassa Friulana

→Esiti di salute del modello IC

→Progettualità in corso e sviluppo infermieristica di comunità avanzata

L.R.17/2014 - Nuovo assetto sanitario in FVG

Area Bassa Friulana

Superficie 2.724,74 km²
n.31 Comuni

Popolazione (al 31.12.14) 111.997 ab.
(FVG 1.227.122)

Pop. > 65 25% (FVG 25%)
Indice di vecchiaia 202
(FVG 199,8%)

2 Distretti Sanitari
- → *Distretto sanitario Est*
- → *Distretto sanitario Ovest*

1 Ospedale di rete pl 352
- → *Sede di Palmanova*
- → *Sede di Latisana*

2 RSA pl 42
2,0‰ ab (FVG 2,7 ‰)

2 Hospice pl 11 pl

Strutture Residenziali per NA pl 595 15,6 ‰ ab (FVG 37,5 ‰)

Il progetto "Infermiere di Comunità" nell'Area della Bassa Friulana

Nascita ed evoluzione

INFERMIERE DI COMUNITA'

1998-2000
Fase progettuale
(P.A.L.)

2001
Avvio sperimentazione
(prime sedi IC in 2 Comuni)

2002-2005
Implementazione
(Valutazioni in progress Formazione operatori)

Gennaio 1999
Dicembre 2018

2006-2012
Valutazione
-
-Consolidamento
(21 sedi IC-95% Comuni BF)

2013-2014
Messa a regime
(23 sediIC-100% Comuni BF)

2015-2018
II Fase attuativa
(Estensione progetto)

Riferimenti normativi regionali

→ **Piano sanitario socio-sanitario Regione FVG 2006-2008**
→ **Piano sanitario socio-sanitario Regione FVG 2010-2012**
→ **Legge di riforma sanitaria - LR 17 del 2014**

L'infermiere di comunità

…oltre l'approccio prestazionale

- ✓ **Adozione del modello"relazionale" nelle cure infermieristiche territoriali**
- ✓ **Sperimentazione di una modalità assistenziale innovativa**

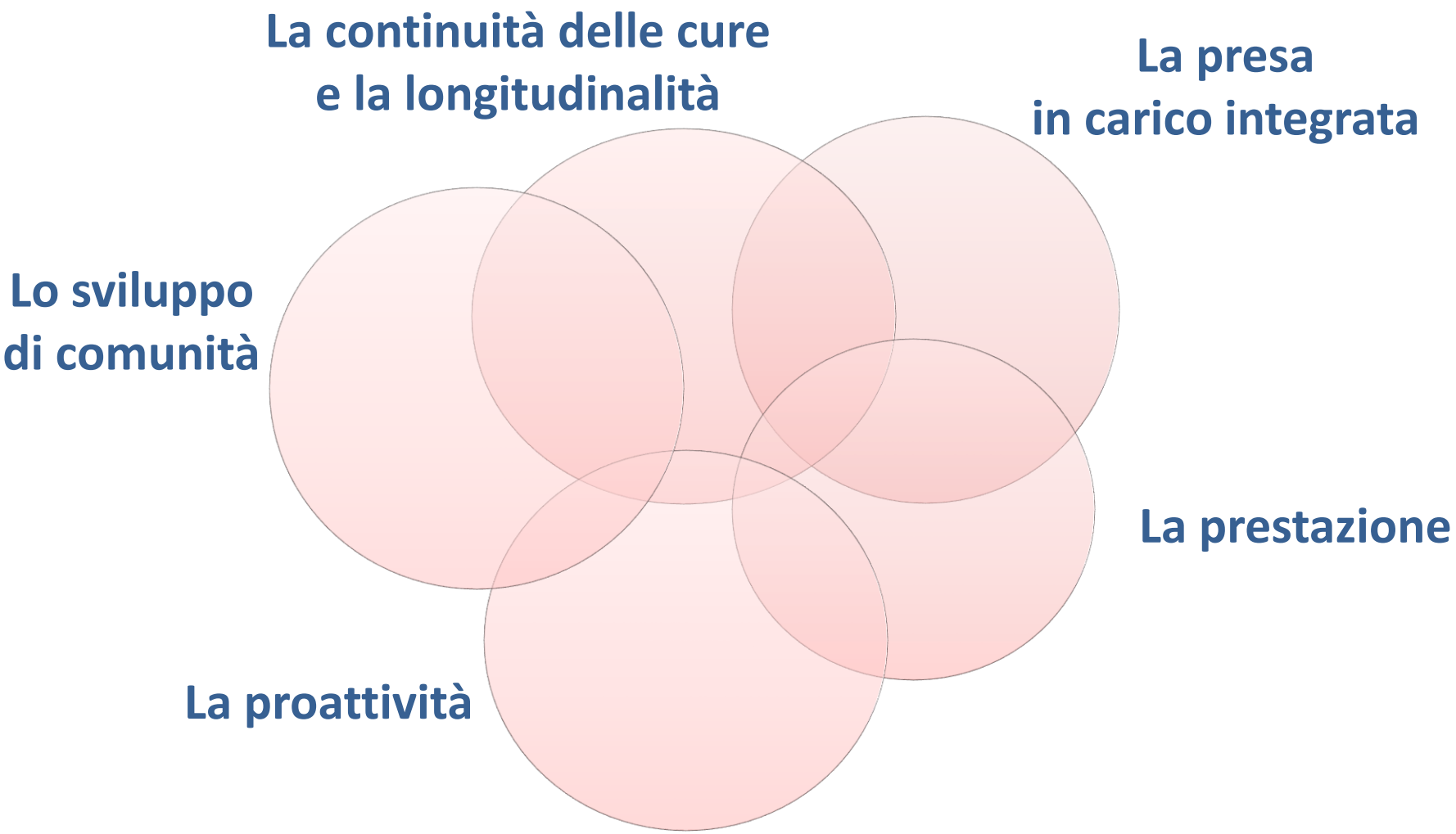
PRINCIPI GUIDA

→ *Community care*

→ *Empowerment e self-care*

→ Modello organizzativo a rete

L'infermiere di comunità: dimensioni del ruolo



L'infermiere di comunità

Il servizio di assistenza infermieristica nella comunità

1 INFERMIERE
ogni 2.500 - 3.000 abitanti

Costantemente collaborante con tutti i professionisti presenti nella comunità e con le risorse attive nella comunità

Costantemente presente nella comunità e riconosciuto dalla comunità stessa come figura di riferimento assistenziale

Copertura IC 6 h/gg per 6 gg/sett., le restanti 6 h copertura dell'equipe infermieristica centrale distrettuale (servizio 7 gg L-V 8.00-20.00, S-D 8.00-14.00)

→ Assicura l'assistenza generale infermieristica in collaborazione con tutti gli attori dell'equipe socio-sanitaria territoriale

→ Promuove le risorse informali delle reti comunitarie → rete del welfare di comunità

L'infermiere di comunità: esiti di sistema

Riduzione accessi inappropriati in PS

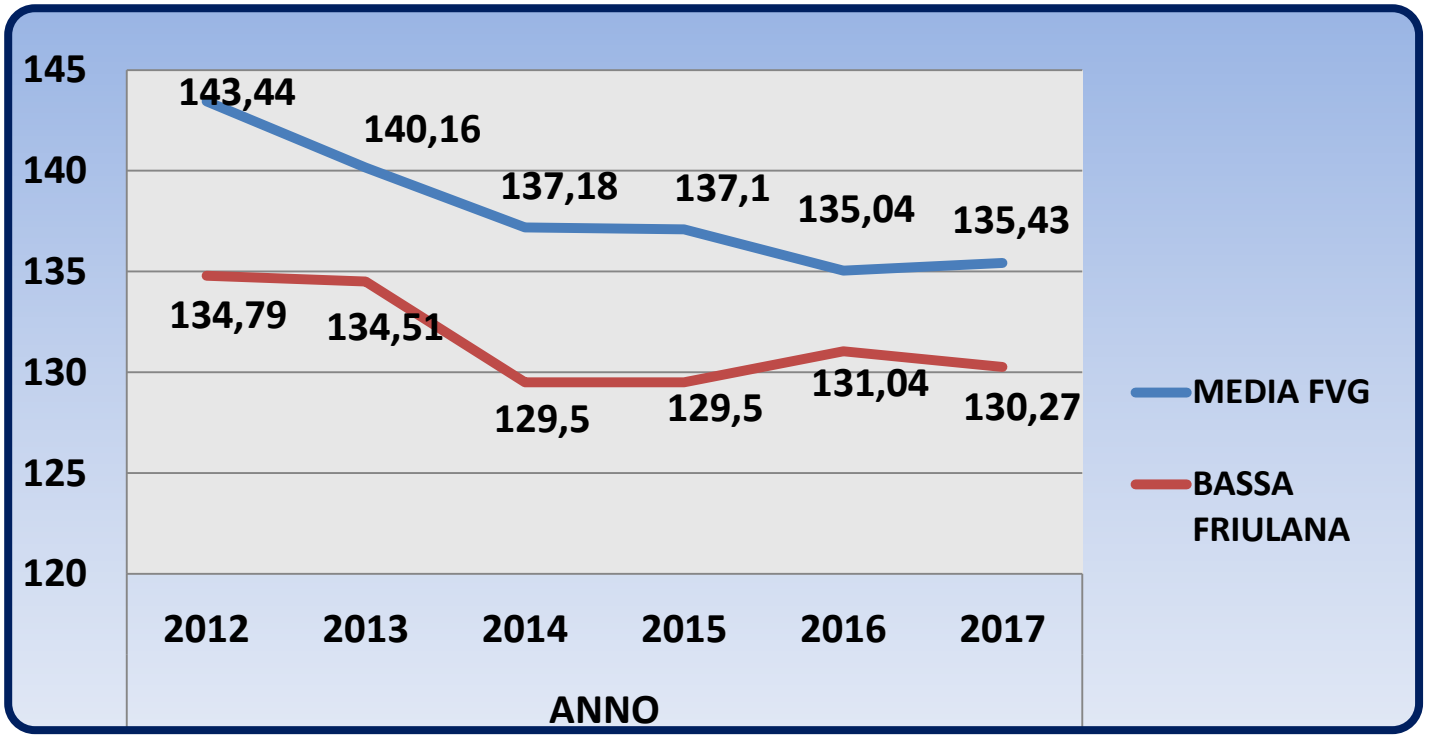
Cod. colore «bianco» al triage Ospedali di Palmanova e Latisana:

→ triennio 2012-2014 -18,3% accessi vs 2009-2011

→ triennio 2015-2017 -46,0% accessi vs 2012-2014

Riduzione ricorso all'ospedalizzazione

Tasso grezzo di ospedalizzazione tra i più bassi in FVG



La standardizzazione è calcolata sulla popolazione nazionale del censimento 2011

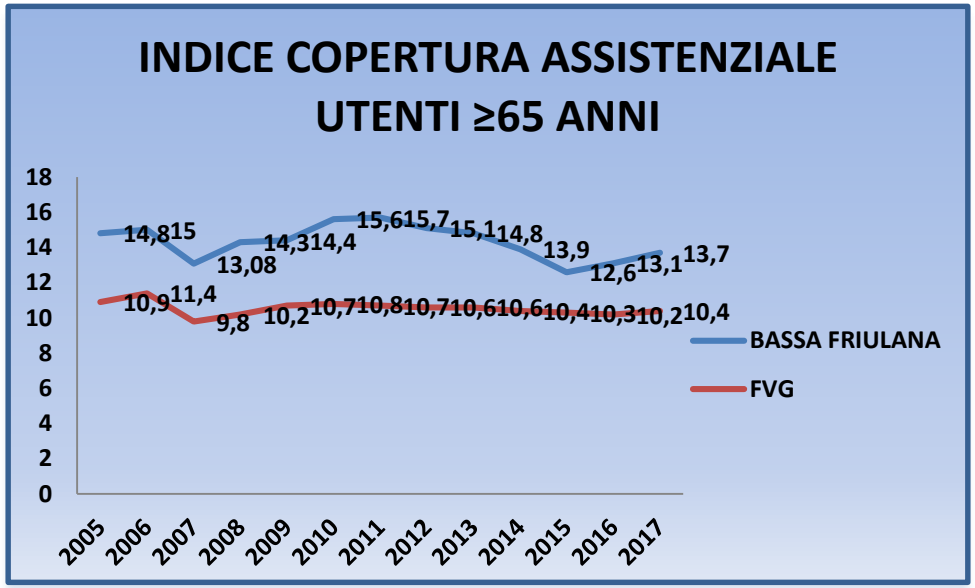
Sono escluse le dimissioni con DRG = 391 (nato sano) e i trasferiti ad altre strutture

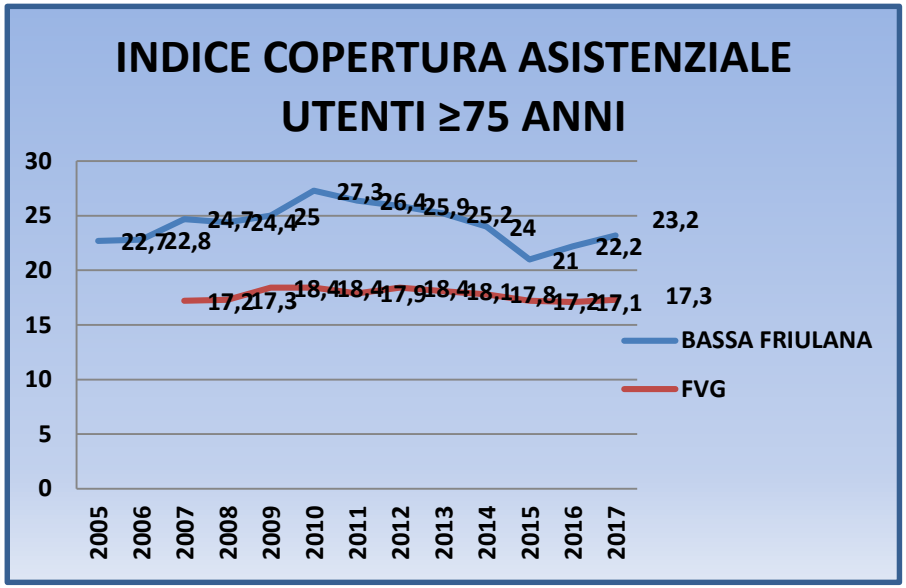
(*) la fuga extraregionale è stimata costante rispetto al 2012

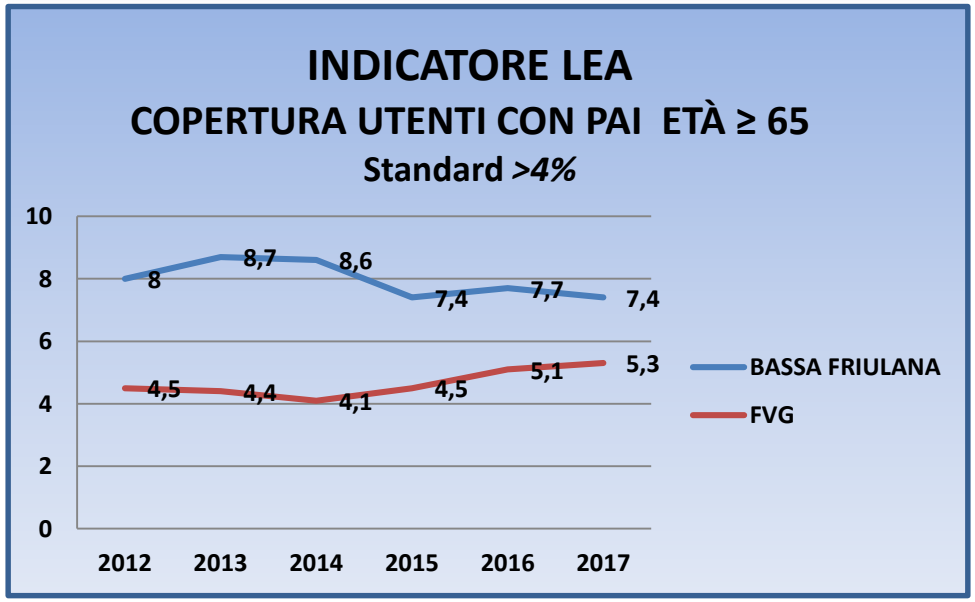
Fonte dati: Portale Direzionale

L'nfermiere di comunità: dati di attività (1)

ATTIVITA' DOMICILIARE







Indicatore LEA n°15

(% copertura ≥ 65 anni con PAI trattati a domicilio con CIA > 0,13)

Standard = >3,8%

Anno 2017

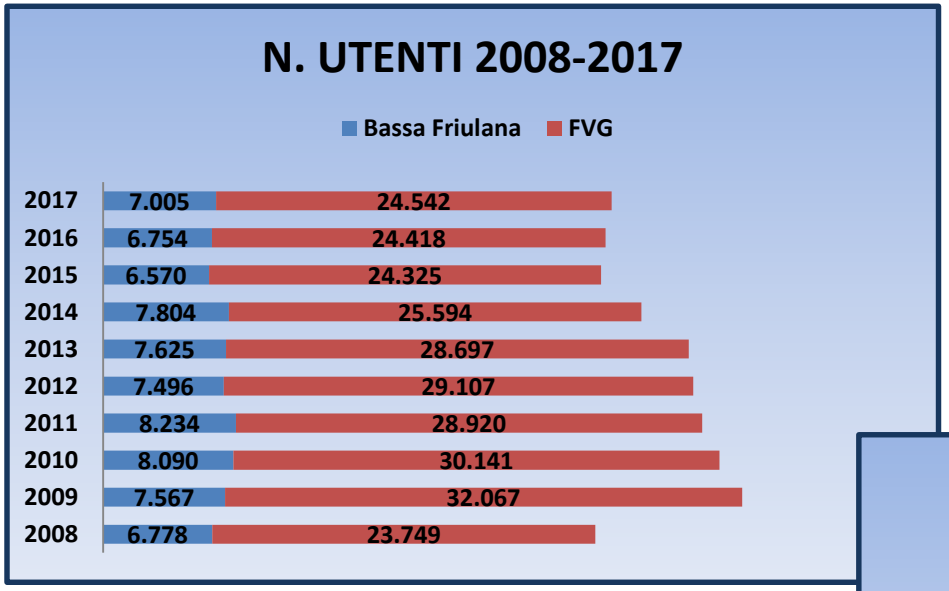
Bassa Friulana = 4,40%

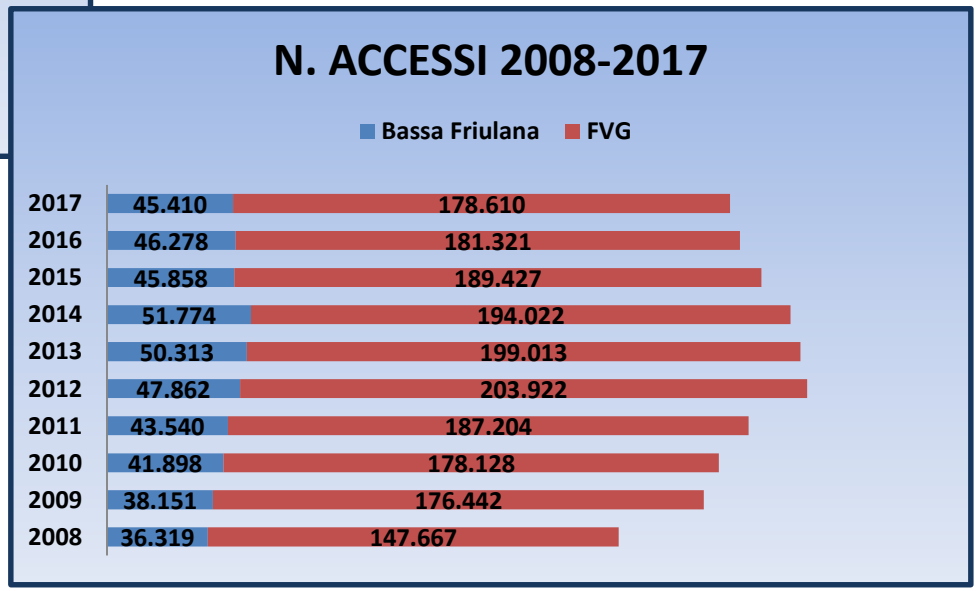
(Media FVG 2,66%)

(Fonte dati: SISSR FVG)

L'infermiere di comunità: dati di attività (2)

ATTIVITA' AMBULATORIALE





(Fonte dati: SISSR FVG)

L'infermiere di comunità: dati di attività (3)

Processi assistenziali erogati nel 2016

TIPOLOGIA DI PROCESSO	DOMICILIO	AMBULATORIO
Attività di raccordo/coordinamento/controllo	**2.807**	
Cure della persona (igienico-sanitarie; mobilizzazione)	**5.089**	**481**
Prelievo capillare per monitoraggio TAO	**14.198**	**26.680**
Gestione/Cura altre lesioni (comprese ferite chirurgiche)	**10.702**	**3.932**
Gestione/Cura lesioni da decubito	**7.975**	**100**
Gestione/Cura lesioni vascolari	**6.530**	**1.855**
Gestione paziente con dolore	**4.082**	**1.023**
Gestione paziente catetere venoso centrale o altro accesso venoso	**3.839**	**886**
Gestione paziente con catetere vescicale	**3.288**	**9**
Gestione paziente con drenaggio	**181**	**86**
Gestione paziente in nutrizione parenterale	**600**	**-**
Gestione paziente con stomie intestinali	**301**	**8**
Gestione paziente PEG/SGN e/o nutrizione enterale	**1.447**	**-**
Gestione paziente con stomie urinarie	**733**	**83**
Gestione paziente in tracheostomia	**512**	**-**
Gestione paziente in terapia infusiva	**3.244**	**262**
Gestione paziente in terapia intramuscolare/sottocutanea	**2.842**	**2.428**
Gestione paziente in ventilazione assistita	**58**	**-**
Attività educativa e di addestramento finalizzati all'autogestione	**29.345**	**9.784**
Interventi di tipo evacuativo	**1.989**	**-**
Monitoraggio clinico	**28.211**	**16.062**
Prelievo biologico	**6.904**	**8.146**
Visita specialistica	**144**	**-**
Totale	**132.191**	**74.655**

(Fonte dati: SISSR FVG)

Pellizzari M. "L'infermiere di comunità, dalla teoria alla prassi", McGraw-Hill,2008, p. 181-213

GLI INDICATORI PER MISURARE L'IMPATTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO INFERMIERE DI COMUNITA'

Alvisa Palese, Marta Pordenon e Daniela Anastasia

Negli ultimi anni, la quantità, la preparazione e il modo di lavorare degli infermieri è oggetto di importante attenzione: la ricerca sta documentando, infatti, crescenti livelli di evidenza rispetto al *quanto* e al *come* gli infermieri possono fare la differenza sui pazienti. In particolare, a partire dagli anni novanta, in Canada, negli stati uniti e in Inghilterra si sono condotti numerosi studi per indagare l'efficacia degli infermieri sulla qualità percepita dai pazienti ma, soprattutto, sui loro esiti. Da quanto sta emergendo, avere infermieri più preparati e in quantità adeguata, determina una maggiore soddisfazione dei pazienti e una riduzione degli errori nella somministrazione delle terapie (Blegen et al., 1988);una riduzione nella durata della degenza perché i pazienti hanno meno complicanze (cadute, infezioni post chirurgiche, polmoniti, infezioni del tratto urinario e da catetere venoso centrale; lesioni da decubito, trombosi venose profonde, sepsi): quando gli infermieri sono pochi, ad esempio, riducono la frequenza del lavaggio delle mani, sono meno attenti alle strategie di prevenzione delle infezioni, mobilizzano con minor frequenza i pazienti. Fanno tante cose e velocemente senza potersi fermare a riflettere sul bisogno di assistenza dei loro pazienti (Needleman et al2002); una migliore gestione dei pazienti critici o particolarmente complessi perché gli infermieri riconoscono immediatamente la loro instabilità clinica e attivano interventi per gestirla (Silber et al., 1992); una diminuzione delle riammissioni non programmate (Seago 2001) perché possono dedicarsi alla gestione della dimissione e della continuità dell'assistenza; una diminuzione del rischio di mortalità dei pazienti chirurgici a trenta giorni dalla dimissione (van Servellen et al., 1999; Aiken et al., 1994).

OBIETTIVI

Far emergere indicatori dalla pratica esperta quotidiana

Sviluppare il consenso sul set di indicatori emersi con un panel di esperti

La costruzione di un set di indicatori di efficacia del modello

Ricerca qualitativa anni 2006 - 2008

Domini (o ambiti) in cui contribuisce a migliorare lo stato di salute:

1. Mantenimento della capacità dell'anziano di gestire in autonomia il problema di salute
2. Aumento QoL ed efficacia negli utenti/famiglia
3. Personalizzazione delle cure
4. Rafforzamento della capacità di cura della famiglia
5. Rafforzamento delle reti di comunità
6. Potenziamento della continuità delle cure
7. Appropriatezza dell'istituzionalizzazione
8. Anticipazione della presa in carico
9. Aumento della sicurezza di utenti/famiglie
10. Rafforzamento dell'integrazione del team territoriale
11. Aumento della possibilità di offrire prestazioni avanzate
12. Vicinanza alle popolazioni più fragili

Disponibilità di un set di indicatori
di struttura-processo-esito per ogni ambito (tot. 83 indicatori)
basati su tre prospettive: famiglia, utente, comunità e sistema

1. La selezione e sperimentazione indicatori

Percorsi integrati H/T di educazione terapeutica

Domini	Risultati attesi
Rafforzamento capacità di cura della famiglia	Elevata proporzione di famiglie AUTONOME nella gestione problematiche nuove a 1- 2 mesi dalla dimissione da H/RSA rispetto al totale di dimissioni di persone che necessitano di gestione delle stesse (attraverso interventi di educazione terapeutica). Riduzione della frequenza di esiti assistenziali negativi
Aumento dell'efficacia percepita nella gestione di problemi assistenziali di nuova insorgenza nel paziente cronico	Buon livello di efficacia percepita dai *caregivers* nella gestione delle problematiche assistenziali
Appropriatezza istituzionalizzazione	Bassa frequenza di ricorso ai servizi ospedalieri per problemi non urgenti/emergenti (accessi al PS e ricoveri ripetuti per problemi evitabili) nei 6 mesi dalla dimissione

2. La selezione e sperimentazione indicatori

Percorsi integrati H/Tdi educazione terapeutica

Disegno	Longitudinale
Obiettivo	→ Applicare gli indicatori selezionati per misurare esiti assistenziali alle persone prese in carico alla dimissione da H/RSA dagli IC, che presentano problematiche di nuova insorgenza (NET, LdD, CVP, entero e tracheostomia, TAO, diabete, gestione secrezioni tracheobronchiali, disfagia, utilizzo ausili/presidi…) → Valutare l'efficacia percepita dai *caregivers* rispetto al progetto educativo → Definire gli standard correlati
Popolazione	Tutte le persone dimesse da H/RSA con problmatiche assistenziali nuove, assistite a domicilio da *caregivers*
Setting	17 Comuni afferenti al Distretto Est. Saranno coinvolti 20 IC e gli ICA dell'RSA/H

Percorsi integrati H/T di educazione terapeutica

Risultati (15 settembre 2009 - 31 dicembre 2016) percorsi ETP n.317 per n.275 pazienti

1) Competenze *caregiver*/paziente post-dimissione ospedaliera

Rientro a domicilio

→ n.1.625 valutazioni: n.111 (48%) *caregivers* parzialmente autonomi

n. 42 (100%) pazienti autogestiti completamente autonomi

1 mese post-dimissione

→ n.1.625 valutazioni: n. 25 (11%) *caregivers* parzialmente autonomi

2 mesi post-dimissione

→ n.1.625 valutazioni: n. 233 (100%) *caregivers* completamente autonomi

2) Accessi infermieristici domiciliari post-dimissione ospedaliera

Secondo mese vs il primo

→ -65% accessi per ETP; -20% accessi per altri processi assistenziali

3) Qualità percepita due mesi post-dimissione ospedaliera

→ Questionario a risposte multiple semi-strutturate: 275 (100%) rispondenti; elevato gradimento per il percorso educativo nei diversi *setting* assistenziali

4) Ricorso ai servizio ospedalieri nei sei mesi post-dimissione ospedaliera

Accessi in PS

→ n.73 (27%) pazienti con 1 o più accessi, di cui 3 evitabili

Ricoveri ospedalieri

→ n.69 (25%) pazienti ricoverati, 100% appropriati

Le considerazioni finali

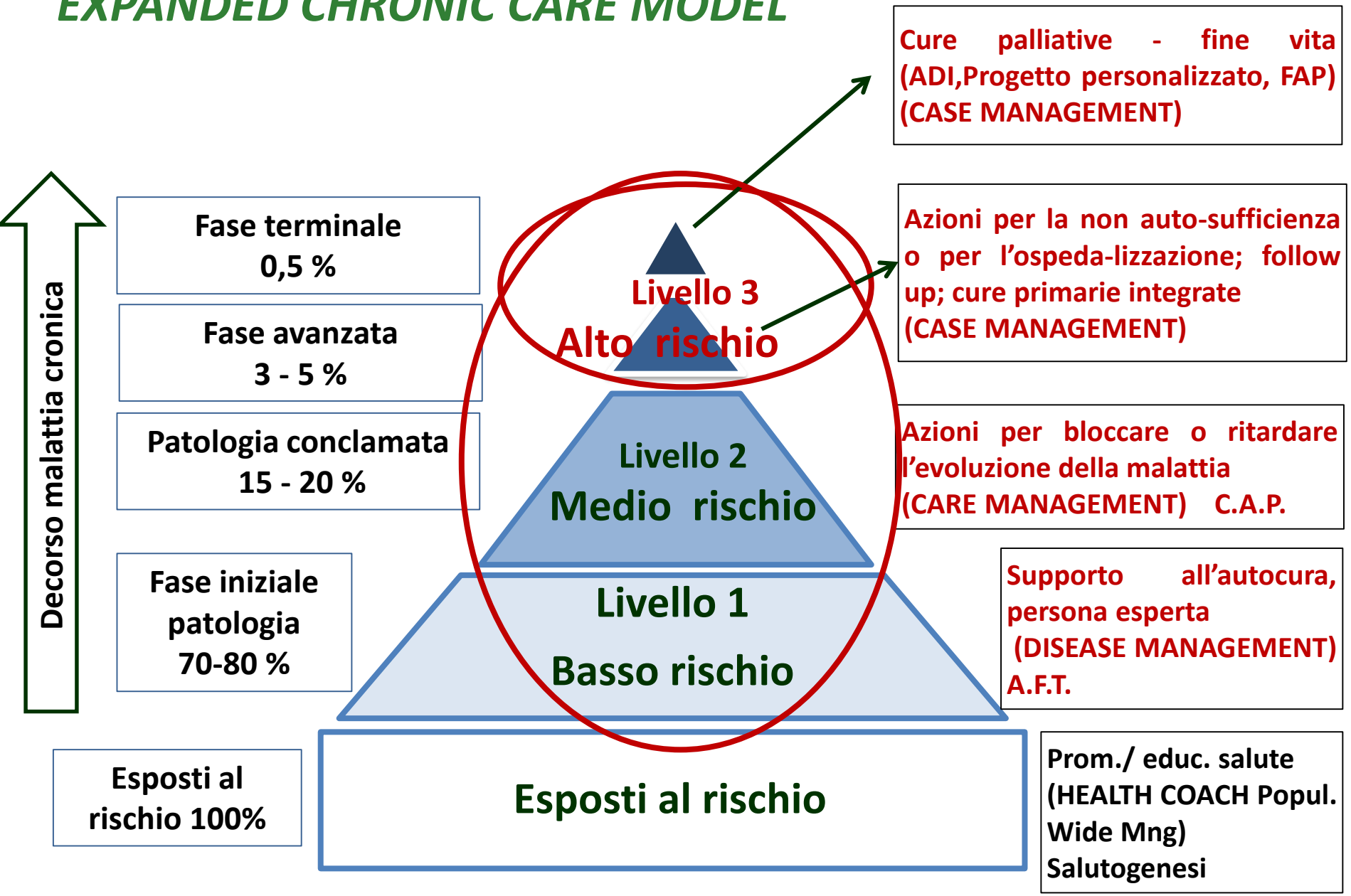
L'infermieristica di comunità basata sul modello relazionale, nella nostra esperienza:

→ è in grado di garantire alla persona e alla comunità un'assistenza globale, di qualità, mirata ai reali bisogni espressi o potenziali

→ sviluppa il ruolo sociale della professione dell'infermiere e promuove funzioni distintive nuove e altamente professionalizzanti

→ responsabilizza la persona, la famiglia e la comunità nella gestione del proprio patrimonio di salute, rendendola partecipe, in modo creativo e collaborativo, alla funzione istituzionale della tutela della salute

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione.
Modificata da: Department of Health, Government of United Kindom, per concessione del Kaiser Permanente.

Le pospettive per il futuro…

Dal modello "INFERMIERE DI COMUNITÀ"…
verso lo sviluppo delle competenze del
"*TEAM DI COMUNITÀ*"

CONSOLIDAMENTO DELL'OFFERTA
ANCHE AI LIVELLI INTERMEDI DELLA PIRAMIDE
per le funzioni di *disease e care management*

SELEZIONARE POPOLAZIONI OMOGENEE
E MISURARE GLI ESITI PRODOTTI
PER LA PERSONA, LA FAMIGLIA E LA COMUNITÀ

…i nostri risultati sono il frutto di una condivisione di significati, di prassi, di contenuti, di intenti e di valori…

Grazie!

mara.pellizzari@aas2.sanita.fvg.it - marta.pordenon@aas2.sanita.fvg.it