

ROMA, 14 Marzo 2018

La gestione del paziente complesso nel territorio: un compendio di buone pratiche



L'esperienza in
Toscana

Elisa Rinaldini,
infermiera care
manager

Il progetto CCM e la nuova sanità d'iniziativa

Il progetto ha funzionato da pilota per gli interventi previsti nell'ambito delle azioni della sanità d'iniziativa

RCV = Rischio Cardio Vascolare

CCV = Cardio Cerebro Vascolari

Target A
Pazienti complessi
Tutti i MMG

Target B1s
Pazienti con eventi e/o patologie CCV
MMG nuovi aderenti

Target B1
Pazienti ipertesi o diabetici con alto RCV
Tutti i MMG

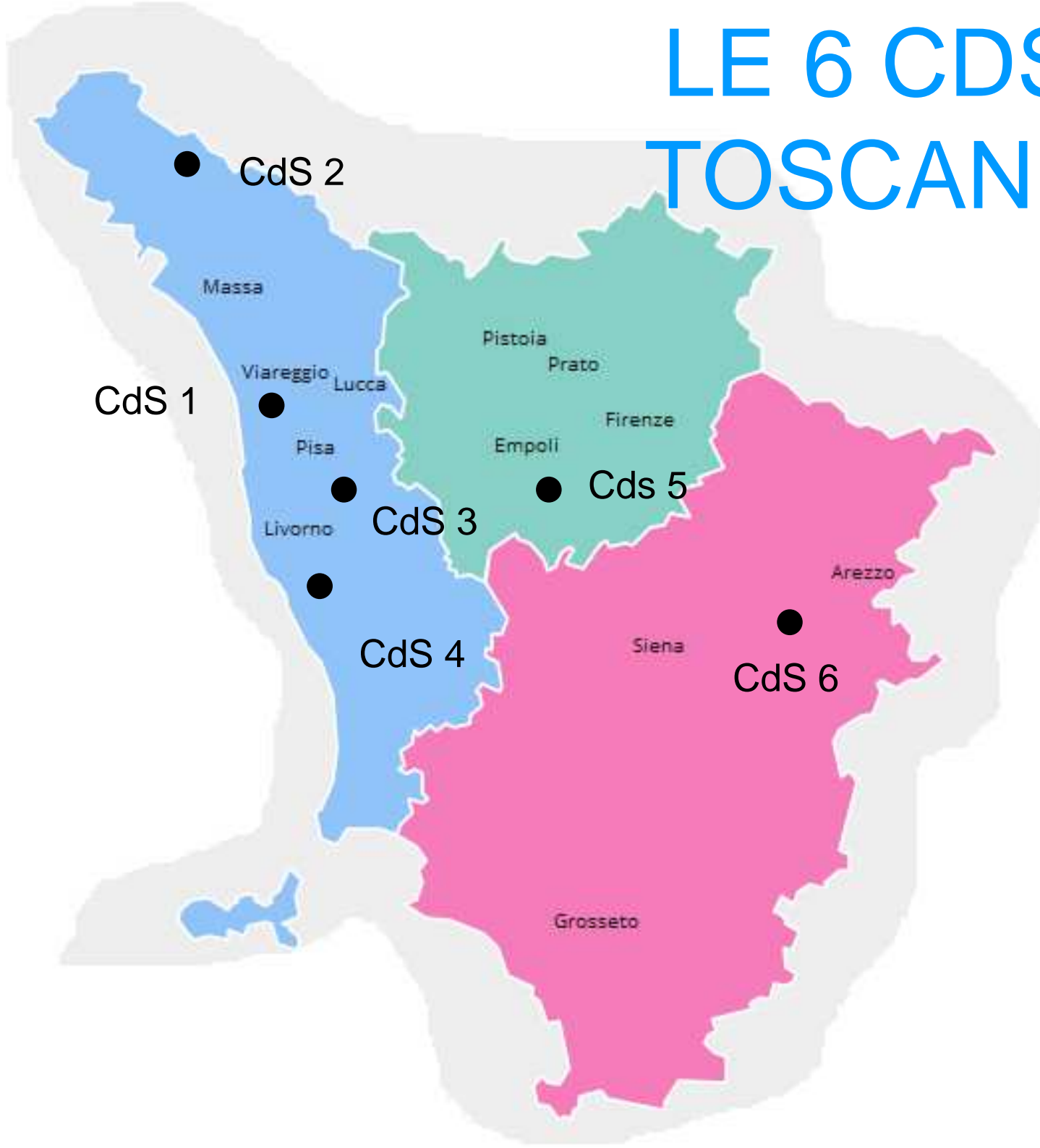
Target B2
Pazienti arruolati in precedenza
MMG già aderenti

Il progetto CCM 2015 mette a disposizione una **quantità limitata di risorse aggiuntive** da dedicare essenzialmente ad un'**osservazione più dettagliata** delle modalità di implementazione dell'intervento e dei risultati ottenuti nonché alla **condivisione delle evidenze prodotte** a supporto di eventuali perfezionamenti delle modalità di intervento.

I team selezionati

- Già moduli della sanità d'iniziativa con infermiere assegnato
- Partecipazione “su base volontaria”
- Esistenza di una “rete clinica integrata” (territoriale, basata sul day-service, ...) tra MMG e specialisti di riferimento potenzialmente in grado di prendere in carico il paziente complesso in modo coordinato

LE 6 CDS TOSCANE



L'algoritmo di identificazione dei casi toscani

CRITERIO 1: Caso conosciuto (Ma.Cro) di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, parkinson O Storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche

E

CRITERIO 2: Numero uguale o superiore al 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:

farmaci totali e diversi erogati (ATC5);

visite specialistiche totali e diverse erogate;

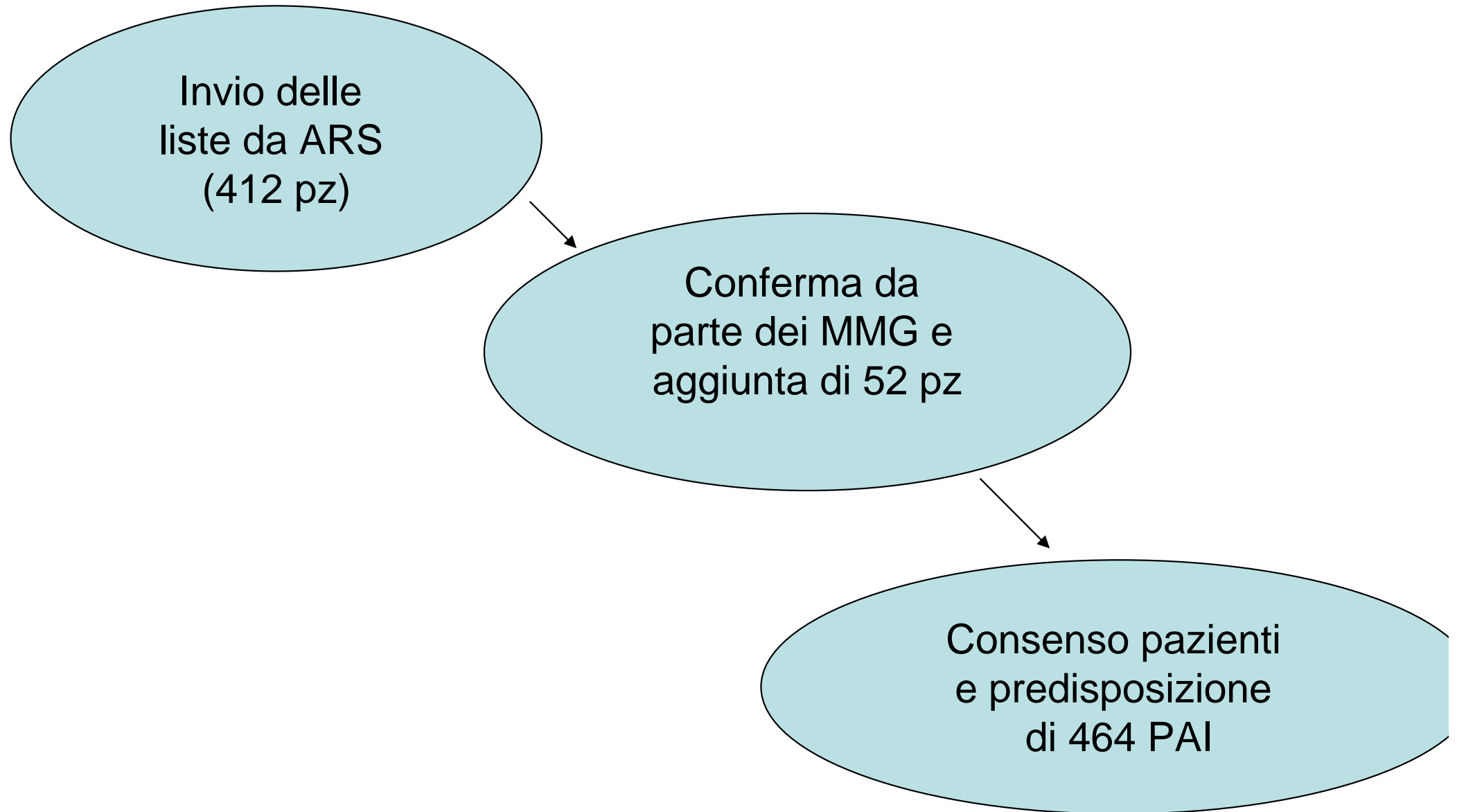
esami di diagnostica strumentale o per immagini totali e diversi erogati;

esami di laboratorio totali e diversi erogati;

E

CRITERIO 3: Almeno un ricovero ordinario urgente in area medica o un accesso in PS, escluso codici bianchi/traumi.

I pazienti arruolati ed i PAI condivisi



La casistica arruolata...

I dati dei 464 assistiti, previo consenso informato, sono stati inseriti, in modo anonimo, su un gestionale condiviso con ARS:

- Prevale la fascia 75-85 anni
- Principalmente autonomi o parzialmente dipendenti
 - Quasi tutti si spostano da soli
 - Hanno assenti o lievi disturbi cognitivi

IL PAI

Progetto "Paziente Complesso" - Piano Assistenziale Individuale

Prima predisposizione Aggiornamento Data ... / ... / 201 ...
 Data di rivalutazione.....

Team Multidisciplinare Medico di scelta

Infermiere care manager

Cognome e Nome /

Tel..... Cell..... Mail.....

A - Informazioni sul paziente

Cognome e Nome /

CF Sesso M F Nato/a il.....

Residenza/domicilio

Tel..... Cell..... Mail.....

Care giver Cognome e Nome.....

Malattie presenti e loro livello di gravità

Descrizione patologia	Codice ICD-IX CM	Gravità		
		Patologia stabile	Frequenti riacutizzazioni	End Stage§

Valutazione multidimensionale §

Autonomia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Grado mobilità	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo (eventualmente con ausili) <input type="checkbox"/> Si sposta assistito <input type="checkbox"/> Non si sposta
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Capacità assistenziale da parte di familiari/conviventi	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Presente parzialmente e/o temporaneamente <input type="checkbox"/> Non presente
Presenza Badante	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Presente part time <input type="checkbox"/> Non presente

Bisogni rilevati

Bronco aspirazione-drenaggio posturale		Telemetria	
Ossigenoterapia		Procedura terapeutica sottocutanea/	

- Informazioni anagrafiche
- Informazioni sul paziente (malattie presenti, gravità, valutazione multidimensionale, bisogni rilevati)
- Obiettivi del PAI
- Programmazione assistenza sanitaria – il Percorso Diagnostico – Terapeutico Follow up (farmaci, visite, esami, simultaneous care, ausili)
- Assistenza riabilitativa e socio-assistenziale (segnalazione alla riabilitazione, PUA, invalidità)
- Educazione / supporto al paziente / care giver (familiari e badanti)
- Follow –up del paziente da parte dell’infermiere care manager

IL GESTIONALE

Microsoft Access - [Tabella_paziente] Digitare una domanda.

File Modifica Visualizza Inserisci Formato Record Strumenti Finestra ?

Tahoma 12

PAZIENTE COMPLESSO - Piano Assistenziale Individuale

Numero progressivo
codice fiscale del paziente
data attivazione PAI
nome medico di scelta:
cognome medico di scelta

Specialista coinvolto nella predisposizione del PAI n.1
Specialista coinvolto nella predisposizione del PAI n.2:
Specialista coinvolto nella predisposizione del PAI n.3:

cod_icd	desc_pat	gravita
▶ 12		
13		
*		

Record: 1 di 2

Autonomia
Grado Mobilità
Disturbi cognitivi
Disturbi comportamentali
Capacità assistenziale da parte di conviventi/familiari
Presenza badante

SALVA record precedente record successivo

Record: 1 di 4

Visualizzazione Maschera

NUM 15:42
26/09/2016

I professionisti presenti nelle CdS ...

Rilevata con un questionario
organizzativo e focus group

	MMG	Infermieri	Specialisti	Altro
CdS 1 (42 PAI)	7 (6 in <u>gruppo</u> e in <u>cooperativa</u>)	1 care manager	Cardiologo Pneumologo	OSS
CdS 2 (75 PAI)	15 (12 in <u>cooperativa</u> , 2 <u>gruppi: uno di 4 e uno di 3 medici</u>)	4 infermieri di cui 1 care manager	Cardiologo Pneumologo Nefrologo Diabetologo Neurologo Geriatra	Medico di comunità
CdS 3 (25 PAI)	5 (in <u>cooperativa</u>)	6 infermieri di cui 1 care manager	Diabetologo Cardiologo Oculista	Assistente sociale
CdS 4 (23 PAI)	4 (in <u>gruppo</u>)	1 care manager	Cardiologo	Medico di comunità
CdS 5 (150 PAI)	11 (medicina di gruppo ed in <u>cooperativa</u>)	6 infermiere di cui 2 care manager	Solo su chiamata	Assistente sociale
CdS 6 (149 PAI)	9 (in <u>gruppo</u> e in <u>cooperativa</u>)	8 infermieri di cui 2 care manager	Diabetologo Oculista Cardiologo Dermatologo	OSS che svolge anche le visite domiciliari per la S.I.

I professionisti che hanno
condiviso i PAI e sono stati
coinvolti nella gestione dei
pazienti arruolati ...


Rilevata con un questionario
organizzativo e focus group

	Condivisione PAI	Agende dedicate	Specialisti extra team di riferimento
CdS 1	MMG, Infermieri, cardiologo	Cardiologia e Pneumologia	Diabetologo, Nefrologo, Ematologo, Geriatra, Medico che lavora al centro antifumo
CdS 2	MMG, Infermieri, Cardiologo, pneumologo, Med di comunità, paziente	Day service	Specialisti ospedalieri o della CdS
Cds 3	MMG, Infermieri, Diabetologo, cardiologo	Diabetologo, Cardiologo, pneumologo, Oculista	Telefono o per prossimità
CdS 4	MMG, Infermieri, Cardiologo	Diabetologo, Cardiologo, Oculista, Ortopedico, Geriatra	Telefono
CdS 5	MMG Infermieri	Liste dedicate per diagnostica e specialistica (ospedale)	Telefono o per prossimità
CdS 6	MMG Infermieri	Cardiologo, diabetologo, pneumologo, nutrizionista	Telefono o per prossimità

Il modello di integrazione con specialisti:

	Cliniche pubbliche	Modello base	Liason (collegamento)	Cartella condivisa	Assistenza condivisa supportata a livello informatico
Cds 1			X (un incontro al mese)		X
CdS 2			X (incontri mensili con specialisti; tra MMG ed infermieri sett)	X	
CdS 3		X			X
CdS 4		X		X	
CdS 5	X			X	
CdS 6	X			X	

FUNZIONI COMUNI DELL'INFERMIERE CARE MANAGER




Gestisce agende, appuntamenti, reminders per visite diagnostiche, follow up e coordina MMG e specialisti.




Coordina le attività previste dal PAI.




Gestisce la comunicazione tra il team e il paziente.




Invia reminders al paziente, gestisce in autonomia il paziente stabilizzato.




Gestisce le agende, svolge attività di counselling, effettua il follow up, costituisce una figura di raccordo tra Mmg e specialisti.



Fornisce supporto per familiari/ caregiver in raccordo con l'infermieristica domiciliare ed ospedaliera, più si occupa dell'assistenza protesica e del coordinamento con gli assistenti sociali



Coordina le attività previste dal PAI e gestisce la comunicazione tra il team e il paziente.



Se infermiere di famiglia eroga anche tutta l'assistenza per i pazienti in carico (CM, sanità di iniziativa e assistenza domiciliare)

La Formazione continua

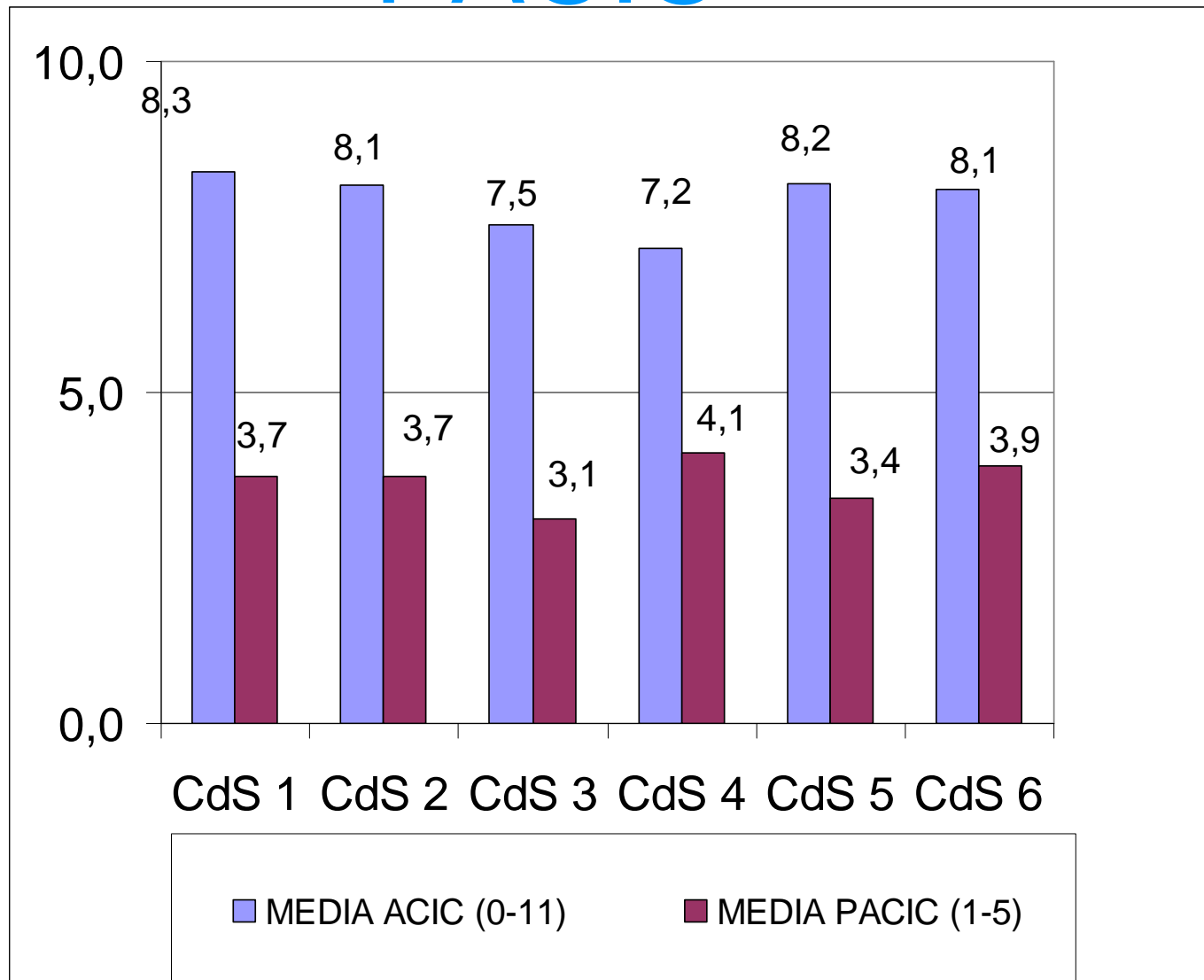
Attività di formazione continua sul lavoro in team

- 5 CDS su 6 per MMG, anche con infermieri in 4 CdS.
- Con specialisti solo ad Aulla (vari specialisti, ogni specialista fa incontri di team 2 volte all'anno) e Querceta (con cardiologo e pneumologo).
- Formazione interna con animatori di formazione.

Programmi di educazione al self management per il paziente (con coinvolgimento del caregiver)

- Previsti corsi di formazione con educatori professionali o infermieri abilitati per i pazienti cronici in tutte le CdS.
 - Previsti “i tè del giovedì sera” con educazione strutturata a Querceta.
- Coinvolgimento del caregiver (non in tutte)

Il punto di vista degli operatori e dei pazienti: punteggi ACIC E PACIC



METAPLAN REGIONALE CON BUONE PRATICHE E CRITICITA'

Buone pratiche	Criticità
<ul style="list-style-type: none">• Spazi temporali per briefing veloce.• Cartella informatizzata condivisa tra MMG, infermieri e specialisti.• Integrazione del team/shared care.• Empowerment del paziente/ paziente esperto.• Modello dell'infermiere di comunità.• Esperienze di device e telemedicina.• Pacchetto di salute simultaneo/pacchetto ambulatoriale complesso/Day service ospedale-territorio.• Percorsi dedicati ai pazienti complessi nell'ospedale di comunità.• Parametrizzazione del numero di infermieri.	<ul style="list-style-type: none">• Mancanza di formazione/cultura e conoscenza per lavorare in modo integrato.• Casistica per definizione complessa e difficile da inserire in un percorso pianificato per l'elevato numero di eventi imprevisti.• Mancanza di modelli dalla letteratura.• Non sempre facile coinvolgimento con gli specialisti per la definizione di PAI e per eventi formativi o audit congiunti.• Infrastrutture informatiche carenti, mancanza di device e telemedicina.• Problemi legati alla gestione del tempo.• Carenza di risorse.

Grazie per l'attenzione

