

“Percorsi Diagnostico/Terapeutici Assistenziali BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco: presa in carico infermieristica negli Ambulatori Infermieristici di Comunità'. Ruolo delle COT e delle altre strutture territoriali”

Date: 22-24-29 OTTOBRE 2024 – 12 NOVEMBRE 2024

Luogo e sede: corso FAD

RAZIONALE:

Progetto di formazione rivolto agli infermieri per sviluppare o migliorare competenze atte alla presa in carico infermieristica e l'educazione terapeutica dei pazienti cronici che accedono agli ambulatori infermieristici di comunità ed agli ambulatori infermieristici di famiglia e nelle UCP.

L'obiettivo generale è formare il personale infermieristico, preposto all'assistenza del paziente cronico ad ideare, erogare e verificare interventi educativi efficaci che favoriscano nel paziente e nei suoi familiari un'autogestione consapevole della malattia, accrescendone l'empowerment e determinando di conseguenza un miglioramento della qualità di vita.

La rilevanza della cronicità in Italia:

Il fenomeno della multicronicità, nonché della multimorbidità e fragilità, è associato alla riduzione della qualità della vita, al declino funzionale e all'aumento dell'impiego di risorse sanitarie e, quindi, di costi a carico del SSN. La loro prevalenza aumenta all'aumentare dell'età dei pazienti, nonché in presenza di condizioni sociosanitarie svantaggiate. Multicronicità e multimorbidità (10) non sono sinonimi: i due concetti fanno riferimento a modi diversi di considerare non solo il paziente, ma anche il processo di cura. Difatti, il concetto di multicronicità presuppone la presenza di uno stato patologico primario che diviene il focus dell'intervento, mentre il concetto di multimorbidità, non considerando una gerarchia nelle patologie che caratterizzano la persona, consente di osservare il paziente secondo un approccio olistico che tiene conto della complessità della sua condizione. Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutte le popolazioni mondiali poiché, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni” e richiederanno l'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. La prevalenza di cronici, cioè il numero di malati di patologie croniche, è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza dovuti al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, al mutamento delle condizioni economiche e sociali, agli stili di vita, all'ambiente e alle nuove terapie. I dati Istat mostrano che le malattie croniche l'anno scorso hanno interessato quasi il 40% della popolazione, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5 milioni hanno multi-cronicità. Le proiezioni della cronicità indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto al 2017. Tra 10 anni le persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di cuore 2,7 milioni. Quanto alle diverse fasce della popolazione, nel 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache. Sono questi i principali dati al momento disponibili del fenomeno cronicità in Italia che nei prossimi anni, più di altri Paesi, dovrà fare i conti con l'aumento di queste patologie.

I pazienti cronici, definiti grandi consumatori di servizi sanitari e sociosanitari, sono spesso affetti da più patologie contemporaneamente. Per le patologie croniche non esistono oggi cure in grado di “guarire” ma è possibile invece intervenire per rallentare il decorso della malattia e migliorare il quadro clinico e lo stato funzionale, e impattare positivamente sulla qualità della vita dei pazienti.

Le patologie croniche più diffuse sul territorio di Latina sono:

(Fonte dati : Open Salute Lazio frequenza di prevalenza malattie 2022)

- Ipertensione: 121.945 casi
- Diabete (tipo 2) 35.297 casi
- Diabete (tipo 1) 3.285 casi
- BPCO 14.182 casi
- Scompenso cardiaco 9.710 casi
- Cardiopatia ischemica 14.570 casi
- Miocardiopatia aritmica 14.719 casi
- Vasculopatia cerebrale 7.375 casi
- Insufficienza renale cronica, Dialisi 5.313 casi

A fronte di tali dati è evidente come sia necessaria la pianificazione di un sistema assistenziale che metta in campo la ricerca di una diagnosi più possibile precoce per le patologie croniche e l'attivazione per i pazienti noti di percorsi "facilitati" che coinvolgano MMG, Specialista ed Infermiere al fine di garantire una visione complessiva del problema.

Coerentemente con il Piano Nazionale della Cronicità, che a livello nazionale definisce il "disegno strategico" per la gestione della cronicità, e con le politiche di programmazione in corso di implementazione in Regione Lazio, è necessario definire nuovi modelli di servizio che:

- garantiscano la gestione della presa in carico del paziente cronico,
- siano basati sull'integrazione ospedale-territorio,
- siano supportati dalla tecnologia.

Con questi presupposti, l'integrazione ospedale-territorio presso l'ASL di Latina si concretizza nei seguenti interventi, alcuni già implementati altri in corso di implementazione:

- coinvolgimento della medicina generale;
- conferma delle attività infermieristiche negli ambulatori infermieristici di comunità ex CCT
- integrazione e collaborazione con i medici specialisti

Ritenendo la tecnologia un fattore abilitante per la gestione della cronicità, la ASL di Latina ha deciso di:

- sviluppare una piattaforma tecnologica di gestione dei PDTA,
- adottare strumenti di telemedicina per alcuni territori disagiati.

L'ASL ha in uso una piattaforma tecnologica integrata con gli applicativi aziendali (es. cartella ambulatoriale, ricoveri ospedalieri, pronto soccorso), i flussi informativi (es. SIO, SIES, SIAS, Farmaceutica territoriale), la medicina generale (Cartella clinica del MMG) e i sistemi regionali (es. anagrafe regionale pazienti, servizio di prenotazione CUP, prescrizione elettronica, fascicolo sanitario elettronico), in grado di fornire una visione per processi incentrata sul paziente e non su singoli episodi di malattia.

Dal punto di vista assistenziale, gli ambulatori infermieristici di comunità ex CCT, composti da figure infermieristiche che ricoprono il ruolo di case manager, hanno il compito di facilitare la presa in carico del bisogno assistenziale dell'assistito. La presa in carico del bisogno assistenziale e del bisogno clinico (espresso dal MMG e/o dallo specialista), sarà garantita da un approccio proattivo nei confronti del paziente al fine di favorire una migliore aderenza al percorso di cura e una maggiore consapevolezza sul proprio stato di salute (un'organizzazione in linea con i principi previsti dal Chronic care model).

Le malattie croniche, quindi, pongono nuovi problemi agli utenti e alle loro famiglie così come ai professionisti sanitari: per esempio trattamenti lunghi e onerosi per il cittadino, la convivenza stretta con la malattia a volte per decenni. Per queste e per altre motivazioni, la partecipazione della persona assistita e della famiglia a pratiche di salute positive o all'autogestione dei trattamenti, risulta essere elemento indispensabile per controllare l'evoluzione della situazione clinica e la riduzione dei fattori di rischio e delle complicanze. In riferimento a ciò l'educazione terapeutica si configura come attività sanitaria piuttosto recente e in costante aumento in rapporto all'aumento dei pazienti affetti da patologie croniche. Essa è da ritenersi intervento complesso che, superando la semplice informazione, tende a sviluppare l'empowerment dell'utente, affinché sia in grado di gestire la propria condizione di salute/malattia, migliorare la qualità della vita, ridurre le complicanze e aderire maggiormente al piano terapeutico e riabilitativo. In questo scenario la funzione educativa dell'Infermiere assume nuova rilevanza.

Nell'ottica del cambiamento del ruolo del paziente che diventa, oggi, sempre più "il curante di se stesso", in base ai seguenti concetti:

- il principio che ogni persona è la principale responsabile della propria salute
- l'importanza della prevenzione delle complicanze nelle patologie croniche
- la riduzione della dipendenza dei pazienti dai sanitari

Tutto ciò comporta per il personale sanitario una rivoluzione culturale del proprio rapporto con il cittadino e ad esaminare più specificamente le funzioni educative dell’Infermiere attraverso due elementi convergenti: la gestione di nuove competenze e l’orientamento al principio di autonomia, ossia all’autodeterminazione della persona. Ma è anche richiesta all’Infermiere la pianificazione, la messa in atto e la valutazione di interventi educativi. A tal fine gli operatori sanitari necessitano di acquisire e sperimentare le competenze necessarie alla costruzione e all’impiego degli strumenti e delle metodologie necessarie alle attività di tipo educativo all’autogestione della patologia

Nell’ambito degli operatori sanitari, il gruppo degli Infermieri è il gruppo professionale più numeroso ma il loro contributo effettivo e potenziale nella gestione delle patologie croniche è ancora poco evidente. Pertanto si ritiene che l’accesso degli Infermieri a un programma di formazione all’educazione terapeutica per il paziente e per la sua gestione specifica della malattia, possa apportare un contributo significativo determinando negli Infermieri una maggiore consapevolezza delle esigenze educative di chi è affidato alle loro cure. Affinché venga promosso lo stile educativo nel personale, è necessario prevedere prioritariamente la costituzione e formazione di un gruppo di infermieri che avranno la funzione di gestire e di monitorare le attività educative rivolte ai pazienti cronici

PROGRAMMA DETTAGLIATO

I° INCONTRO		22 OTTOBRE 2024 (MARTEDÌ)		
		BPCO: Presa in carico multidisciplinare territoriale		
ORARIO		ARGOMENTO		Docente
Ore 14,00		Saluti istituzionali Direttore Dipartimento delle Attività Distrettuali Dott. Giuseppe Ciarlo		
Ore 14,15		Presentazione degli argomenti e moderatore		Dott. V. Coppola
Ore 14,30		Il paziente con BPCO: segni, sintomi, diagnosi e trattamento		Dott.ssa I. Ciamarra Dott.ssa E. Lo Greco
Ore 15,15		Il PDTA: presa in carico multidisciplinare		Dott.ssa S. Busco
Ore 15.45		Presa in carico infermieristica del pz. con BPCO: Chronic Care Model		Dott.ssa C. Bortolotto
Ore 16,15		L’importanza della cessazione del fumo: strategie, prevenzione e trattamenti		Dott.ssa A. Signore
Ore 17,00		Gestione clinico assistenziale delle riacutizzazioni		Dott.ssa A. Signore Dott.ssa I. Ciamarra
Ore 17,45		Sintesi e conclusioni del gruppo di lavoro		Dott.ssa I. Ciamarra Dott.ssa E. Lo Greco, Dott.ssa S. Busco, Dott.ssa A. Signore
Ore 18.00		Chiusura lavori		

II° INCONTRO		24 OTTOBRE 2024 (GIOVEDÌ)		
		Il contributo assistenziale e sociale nella presa in carico del paziente cronico/fragile e la famiglia		
ORARIO		ARGOMENTO		Docente
Ore 14,00		Presentazione degli argomenti		Dott. V. Coppola
Ore 14,15		PNRR - DM/77 stato dell'arte ASL di Latina		Dott. G. Ciarlo
Ore 14,45		Centrali Operative Territoriali (COT): attività e relazioni		Dott.ssa M. Lombardi
Ore 15.15		Ambulatori Infermieristici di Comunità Aziendali		Dott. V. Coppola
Ore 15,45		IL COUNSELLING infermieristico nelle patologie croniche		Dott.ssa A. Sciscione
Ore 16,15		Il contributo dell'infermiere di comunità: presentazione dei casi		Dott.ssa S. Zanuto Dott.ssa L. Impastato Dott.ssa C. Bortolotto
Ore 16,45		Il contributo dei servizi sociali nelle cronicità complesse		Dott. L. Forte Dott.ssa S. Meschino
Ore 17,15		Il contributo dei servizi socio sanitari nelle cronicità complesse del PUA del Distretto 4		Dott.ssa M. Lombardi
Ore 17,45		Sintesi e conclusioni del gruppo di lavoro		Dott. Ciarlo, Dott. V. Coppola Dott.ssa M. Lombardi Dott.ssa T. L. Di Lenola
Ore 18,00		CHIUSURA LAVORI		
III° INCONTRO		29 OTTOBRE 2024 (MARTEDÌ)		
		DIABETE MELLITO: Presa in carico multidisciplinare e continuità assistenziale		
ORARIO		ARGOMENTO		Docente
Ore 14,00		Presentazione degli argomenti e moderatore		Dott. V. Coppola
Ore 14,15		Il paziente con DIABETE: segni, sintomi diagnosi e trattamento		Prof.ssa F. Leonetti Dott.ssa D. Capoccia
Ore 15,00		Le complicanze del diabete e gestione clinica		Dott.ssa G. Guarisco Dott.ssa S. De Taddeo
Ore 15,45		La gestione dell'alimentazione nel Diabete		Dott.ssa I. Milani
Ore 16,30		La presa in carico infermieristica: esperienza degli ambulatori del Distretto 4		Dott.ssa M. Lombardi
Ore		La presa in carico infermieristica: esperienza		Dott.ssa P. Porcelli

17,15		dell'ambulatorio infermieristico di Comunità di Aprilia		
Ore 17,30		Sintesi e conclusioni del gruppo di lavoro		Prof.ssa Frida Leonetti Dott.ssa D. Capoccia Dott.ssa M. Lombardi Dott.ssa G. Guarisco Dott.ssa S. De Taddeo Dott.ssa I. Milani Dott.ssa P. Porcelli
Ore 18,00		CHIUSURA LAVORI		

IV° INCONTRO		12 NOVEMBRE 2024 (MARTEDÌ)		
		SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: Presa in carico multidisciplinare territoriale		
ORARIO		ARGOMENTO		Docente
Ore 14,00		Presentazione degli argomenti e moderatore		Dott. V. Coppola
Ore 14,15		Il paziente con SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: segni, sintomi, diagnosi e trattamento		Dott. G. Coluzzi Dott.ssa C. Nardelli
Ore 15,15		Le complicanze dello scompenso cardiaco. Le riacutizzazioni e gestione clinica		Dott.ssa R. Sergiacomi Dott.ssa C. Amidei
Ore 16,00		Presa in carico Multidisciplinare del pz. con Scompenso Cardiaco Cronico nel Distretto 2 Strategie organizzative, servizi coinvolti e dati di attività		Dott.ssa G. Carreca Dott.ssa C. Nardelli Dott.ssa R. Sergiacomi Dott.ssa C. Amidei Dott. G. Coluzzi Dott.ssa C. Bortolotto
Ore 17.00		L'ICT a supporto dei Counselling/ PDTA Le piattaforme utilizzate e funzioni		Dott.ssa C. Bortolotto
Ore 17,45		Verifica dell'apprendimento		
Ore 18,00		CHIUSURA LAVORI		