

INFERMIERISTICA

Corso di Infermieristica Preventiva e di Comunità



Chronic Care Model

Chronic Care Model

“person-focused care”

dalla malattia alla persona alla popolazione

Chronic Care Model

Il **Chronic Care Model (CCM)** è un modello assistenziale per i malati affetti da malattie croniche
Ed Wagner - McColl Institute for Healthcare Innovation - 1998 - California.

Il modello presenta un approccio “**proattivo**” nell'ambito dei processi sanitari caratterizzato dal fatto che i pazienti stessi diventano parte integrante dello stesso processo assistenziale.

Chronic Care Model

Si passa cioè da un modello di "Medicina d'attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "Sanità d'iniziativa".

Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva che normalmente assorbono un'elevata quantità di risorse al Ssn.

Chronic Care Model

6 punti chiave

- **Le risorse della comunità**
- **Le organizzazioni sanitarie**
- **Il supporto all'auto-cura**
- **L'organizzazione del team**
- **Il supporto alle decisioni**
- **I sistemi informativi**

CHRONIC CARE MODEL

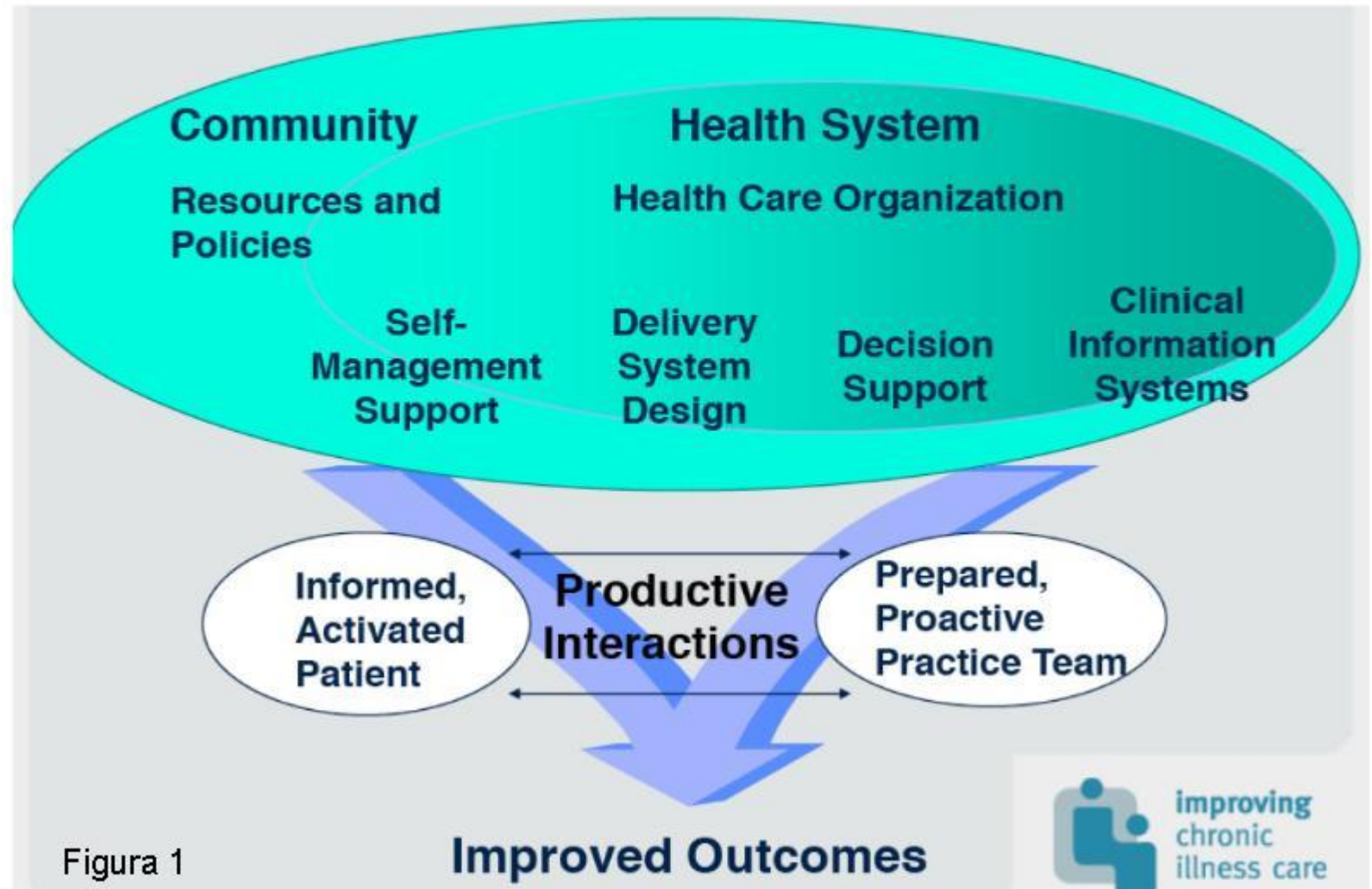


Figura 1

Chronic Care Model

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.

CHRONIC CARE MODEL

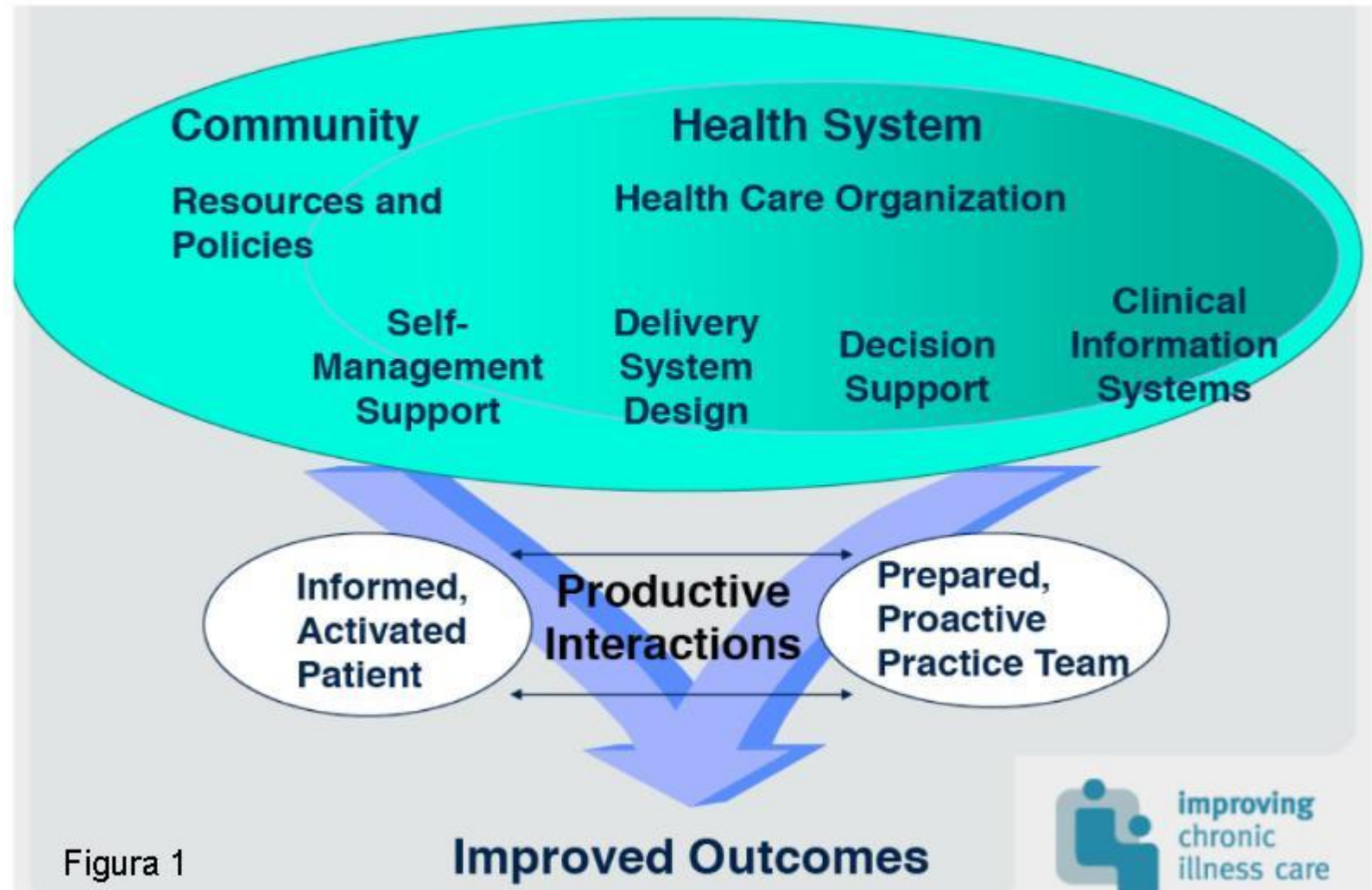


Figura 1

Chronic Care Model

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.

CHRONIC CARE MODEL

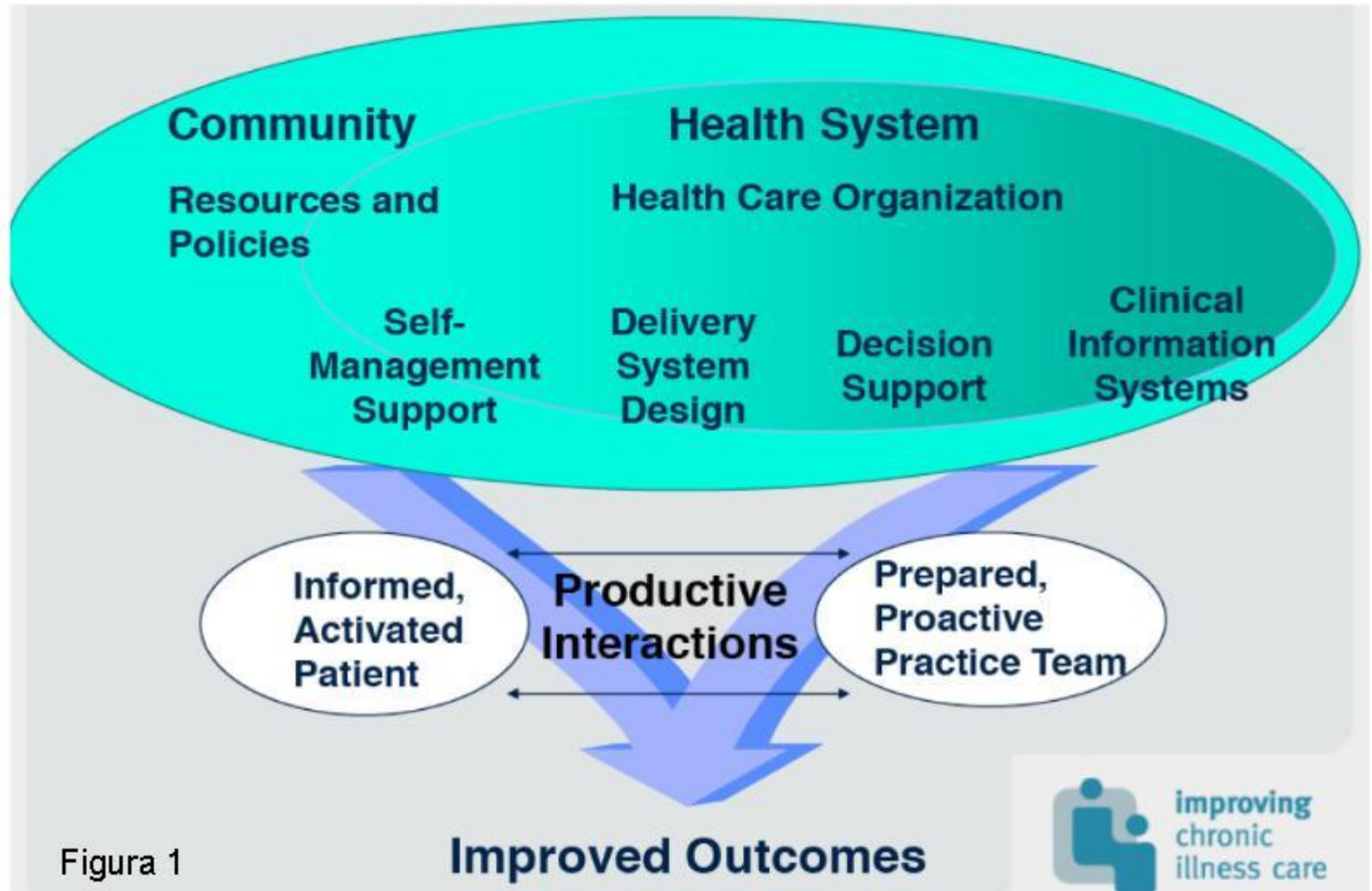


Figura 1

Chronic Care Model

3. Il supporto all'auto-cura

Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali.

Attraverso la cura di sé, la maggior parte dei pazienti potrà così gestire una parte considerevole della malattia:

- ✓ la dieta
- ✓ l'esercizio fisico,
- ✓ il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.),
- ✓ l'uso dei farmaci

Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

CHRONIC CARE MODEL

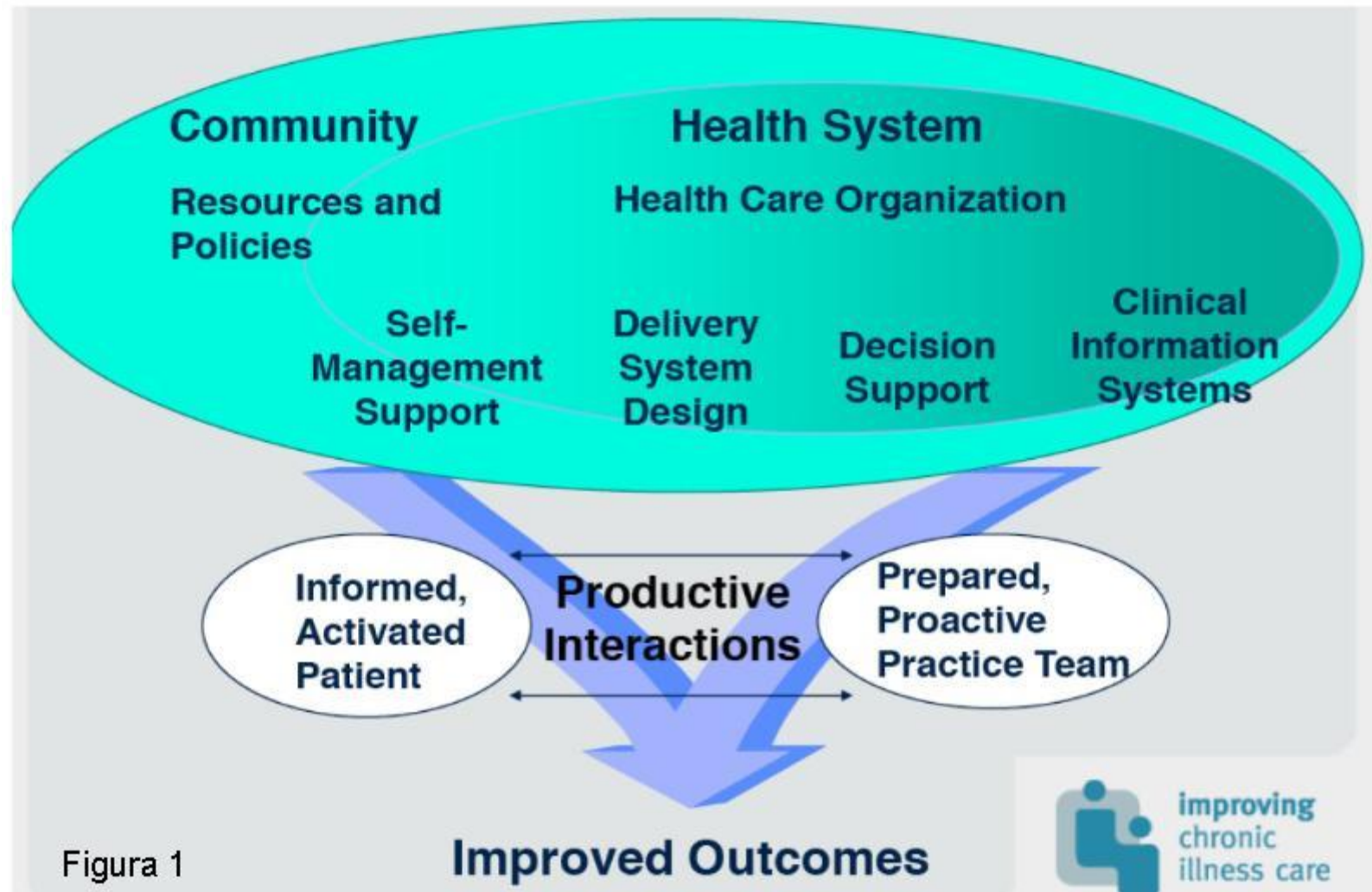


Figura 1

Chronic Care Model

4. L'organizzazione del team

Il team assistenziale è costituito da medici di famiglia, infermieri ed educatori. All'interno del team deve essere introdotta una chiara divisione del lavoro e separato 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 infermieristico 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.

CHRONIC CARE MODEL



Figura 1

Chronic Care Model

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.

CHRONIC CARE MODEL

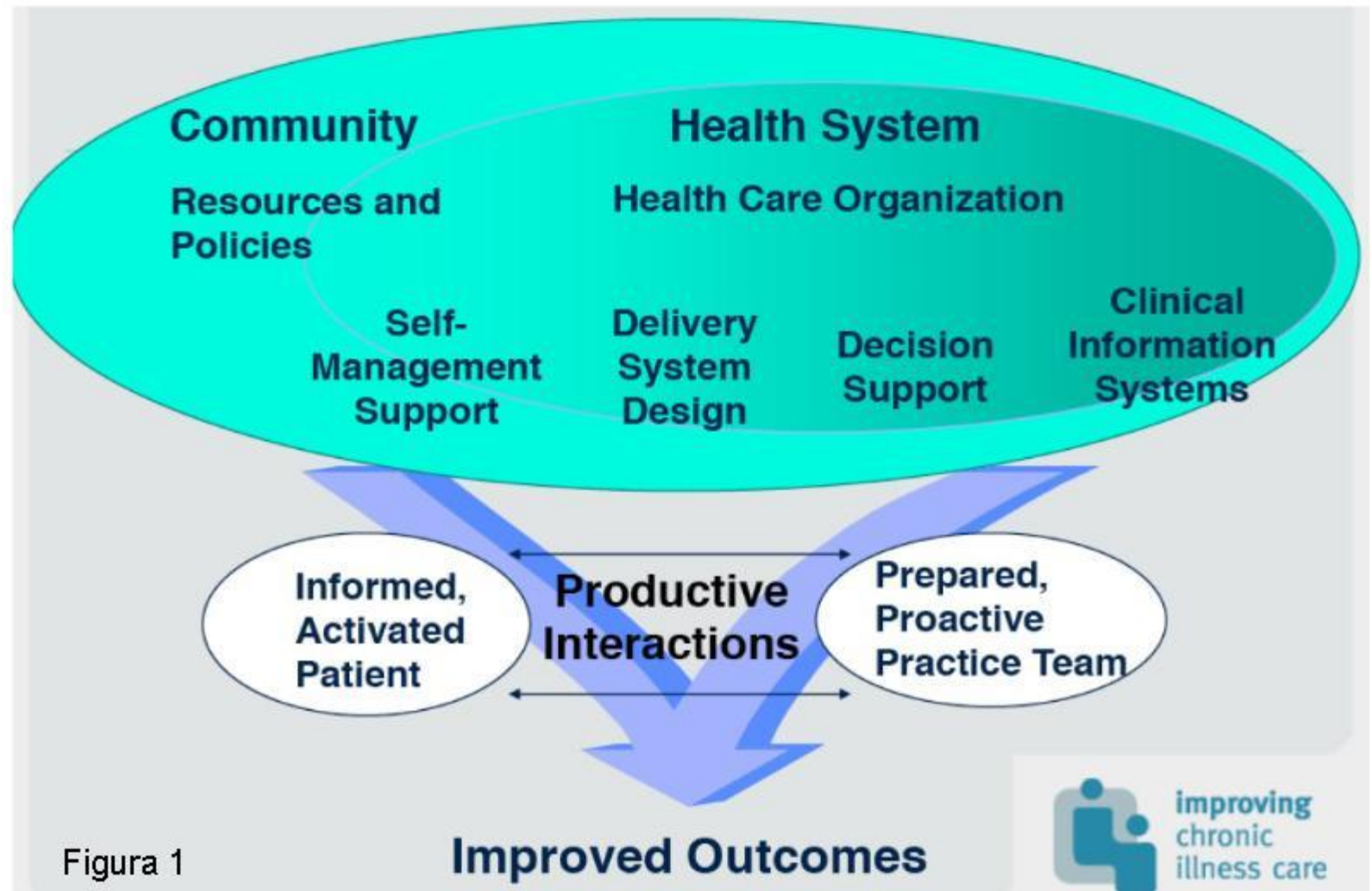


Figura 1

Chronic Care Model

6. I sistemi informativi

I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- 1) sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- 2) feedback per i medici , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi;
- 3) 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 primarie.

CHRONIC CARE MODEL

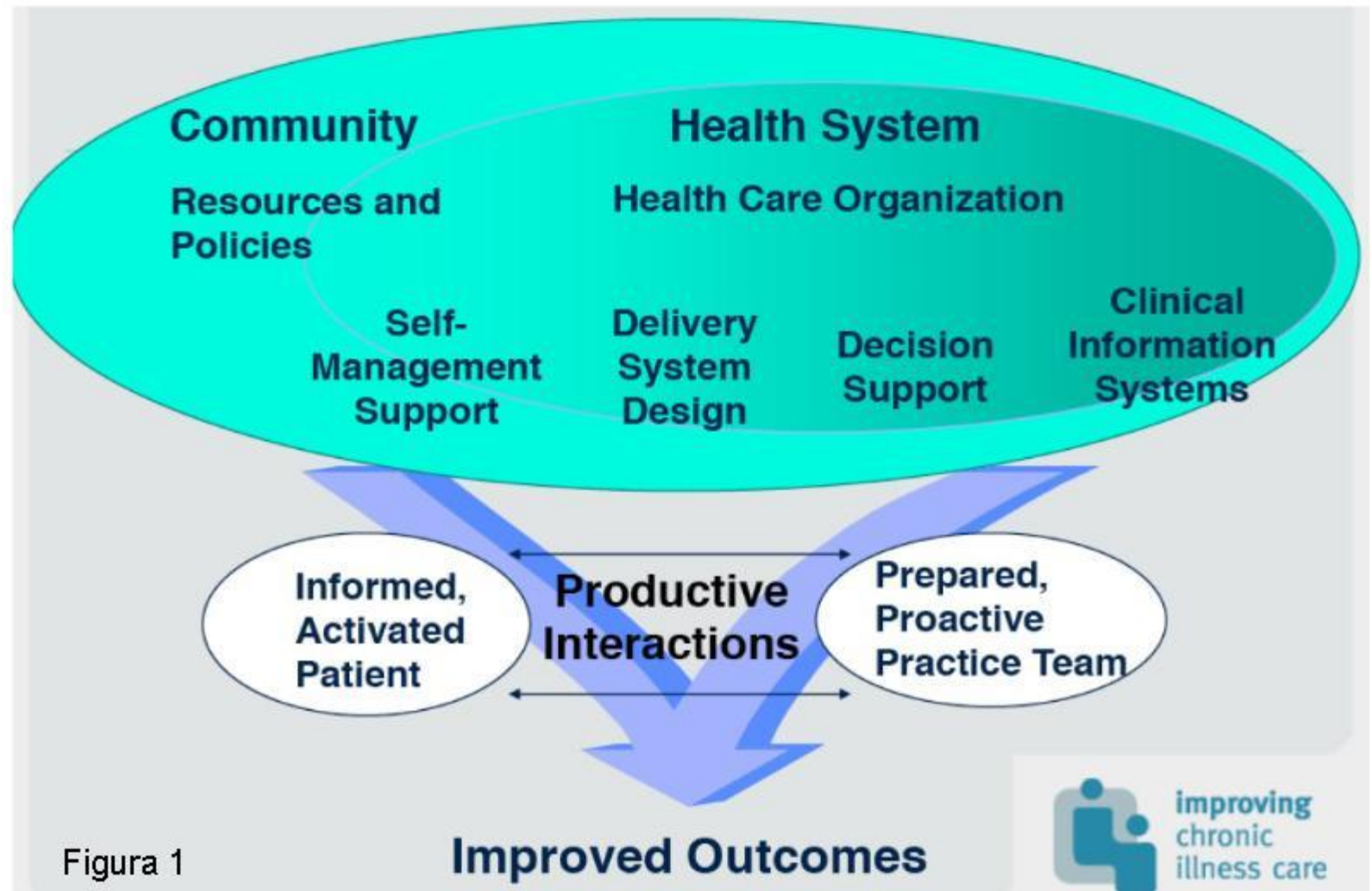


Figura 1

RUOLI DEI PROFESSIONISTI

- il modello della sanità d'iniziativa affida l'attuazione degli interventi clinici ad un **team multiprofessionale** coordinato da un medico di medicina generale, in cui operano più medici di famiglia, infermiere ed operatore socio-sanitario, supportati, di volta in volta, da ulteriori figure professionali, a seconda delle esigenze di diagnosi, cura ed assistenza connesse a specifici percorsi definiti per la gestione delle singole patologie croniche

TEAM ASSISTENZIALE

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- INFERMIERE
- OPERATORE SOCIOSANITARIO

PROFESSIONISTI DI RIFERIMENTO DEL TEAM

- SPECIALISTA
- FISIOTERAPISTA
- DIETISTA
- altre

CITTADINO-UTENTE

- Aderisce al “contratto” sottoscritto all’atto di ingresso nell’ambulatorio proattivo
- Si rapporta alla segreteria, seguendo la tempistica degli accessi concordati
- Esegue gli esami prescritti
- Reca ai controlli gli eventuali esami eseguiti e le consulenze
- Esegue l’autocontrollo e l’autogestione appresi dal Team

Medico di medicina generale

- E' il responsabile clinico del team e del paziente
- partecipa al governo clinico del sistema, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle cure ed orientando l'attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori
- segue le Linee Guida.

Infermiere

- assume **autonomia e responsabilità** per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata con il medico di famiglia sulla base dei percorsi assistenziali aziendali, quali:
 - supporto all'auto-cura
 - gestione dei sistemi di allerta
 - richiamo dei pazienti
 - svolgimento delle attività di follow-up.

Operatore sociosanitario

- costituisce una risorsa di supporto per lo svolgimento delle attività assistenziali previste dal modello, svolgendo allo stesso tempo le funzioni di assistenza alla persona al domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

Infermiere di Comunità

- “...il team assistenziale viene ad essere affiancato dall’infermiere di comunità quale figura deputata all’organizzazione dei servizi alla collettività attraverso l’analisi dei bisogni di salute, l’attivazione della rete dei professionisti, la costruzione di alleanze con le istituzioni, il monitoraggio dei risultati e la valutazione delle risorse necessarie..”

Chronic Care Model

In Italia

PSR Toscana 2008 - 2010: obiettivo strategico

Pistoia. La sperimentazione (2009) ha previsto l'individuazione nell'Azienda Sanitaria, in accordo con i rappresentanti della Medicina generale, di alcune sedi in cui opereranno i team. La prima fase ha coinvolto circa 20 Medici di Medicina Generale che assistono una popolazione di circa 20.000 persone ed è stata limitata a 2 malattie, diabete e scompenso cardiaco; dal 2011 è stata poi estesa anche ad altre patologie: BPCO, Ictus, Ipertensione arteriosa medio-grave.

Chronic Care Model

Dossier n. 236/2013 - Emilia Romagna

Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model : stroke e frattura di femore:

I risultati indicano la necessità di centrare l'obiettivo sul paziente in quanto portatore di complessità e di bisogni a più livelli, non limitandosi a considerare la salute come assenza di malattia o sintomi.

Il miglioramento della qualità di vita è trasversale ai percorsi assistenziali e si presenta sulla lunga distanza, quando i pazienti tendenzialmente hanno già lasciato le strutture sanitarie ospedaliere