



Nursind Marche

Ancona 14/01/2017

**Al Governatore Regione Marche
Prof. L. Ceriscioli**

**Al Presidente Commissione Sanità
Regione Marche
Dott. M. Volpini**

**Direzione Generale ARS Regione Marche
Dott.ssa Di Furia**

**Direzione Generale ASUR Marche
Dott. Marini**

***OGGETTO: Proposta di Integrazione per la presa in carico del
paziente anziano.
Implementazione del Chronic Care Model nelle Marche***

CARE MARCHE

Attivazione di Ambulatori per la cronicità

INDICE

- 1- **Premessa generale** (panoramica del contesto socio sanitario, decreto ministeriale 2016, organizzazione di lavoro secondo il CCM e figura del Care Manager,)
- 2- **Indagine di contesto** (chiusura PL ..numeri, e riorganizzaz piccoli ospedali (735/2013 , 452 Casa della Salute, poi 960 Cure Intermedie, 1183 poi 1139 ultima Ospedali di Comunità) . Esperienza Care Puglia (delibera 741 dell' 8 aprile 2016 amb. cronicità , e delibera 2029 del 29/09/2016 inf. Di famiglia)- Progetto Piemonte CONSENSO
- 3- **Obiettivi del progetto** (individuare i pz cronici, presa in carico, monitoraggio e follow up, prevenzione delle complicanze, empowerment della persona e del caregiver, gestione dei PDTA...
- 4- **Metodi** (analisi, intervista e coaching)...arruolamento e presa in carico pz , bpc, scompenso, diabete, ipertensione. Progetto pilota per una patologia
- 5- **Azioni** (valutazione dello stato di salute, somm. questionari e scale di valutazione, steps e follow up , rivalutazione)
- 6- **Strumenti operativi** (cartella clinica informatizzata ,percorsi e flow carts diagnostico-terapeutici, valutazione indicatori di processo e di risultato; corsi per caregiver, corsi regionali per la formazione del personale sanitario impegnato nel progetto)
- 7- **Agenda per patologia** (percorsi specifici per diabete, scompenso, ipertensione)
- 8- **Indicatori di processo e di esito** (n. pz arruolati per patol, n. ricoveri, n. accessi al ps, qualità percepita e gradimento)
- 9- **Outcome** (riduzione spesa farmaceutica, riduzione visite fuori regione, riduzione ricoveri inappropriati, riduzione visite ambulatoriali, miglioramento qualità di vita del paziente cronico e maggior empowerment del pz)

10-Conclusioni e prospettive future

Allegati

- 1- Deliberazione Asl BT n.2029 del 29/09/2016
- 2- Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte n. 8 febbraio 2016, n. 18-2891
- 3- Matrice SWOT

1- PREMESSA GENERALE

La qualità della vita la promozione della salute sono il risultato di molteplici di fattori che spesso rappresentano un gravoso onere sociale, tra questi una buona assistenza è inoltre alla base dello sviluppo sociale economico degli individui. Il cambiamento socio-economico con le restrizioni ha determinato modificazioni nei sistemi Sanitari e nella visione della Salute, lanciando nuove sfide alle professioni sanitarie, specialmente quelle infermieristiche, tanto da rendere necessario rivedere le pratiche e assumere nuove responsabilità. In particolare, si evidenzia sempre più numerosa ad una tipologia di persone che presentano una complessità clinica/assistenziale: pluripatologie, comorbilità, prevalenza di pazienti anziani, con incapacità funzionali nelle AVQ, tali da richiedere l'aumento delle richieste di ricoveri inappropriati e delle cosiddette "DIMISSIONI DIFFICILI".

In alcuni paesi sono state adottate chiare direttive politiche secondo cui le innovazioni nell'assistenza sanitaria devono prevedere una elevata qualità delle prestazioni infermieristiche attraverso il raggiungimento e mantenimento di elevati standard professionali nelle pratiche, nonché il contenimento e controllo sui loro costi e risultati.

Nei Comuni Marchigiani interessati dal riordino ospedaliero, ad esempio presso l'Ospedale di Comunità di Loreto, si è reso necessario attivare nel territorio forme di assistenza primaria in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, facilmente riconoscibile da parte del cittadino-assistito e dall'intera comunità. Dopo 1 anno dall'attivazione di un Ambulatorio Infermieristico a Loreto è possibile affermare che lo stesso ha determinato un impatto positivo sulla continuità assistenziale infermieristica per i pazienti dimessi sia dalle strutture dell'ASUR che di altre aziende ospedaliere ed una fattiva collaborazione con i medici curanti per le terapie parenterali e medicazioni varie su prescrizione.

Per promuovere modalità alternative al ricovero ospedaliero è auspicabile l'attivazione di modelli assistenziali secondo il Chronic Care Model che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" e l'introduzione di una nuova figura professionale, il Care Manager (CM), per la gestione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e di Presa in Carico delle persone affette da patologie croniche. L'infermiere CM, abilitato e formato per ottemperare a prestazioni sempre più complesse e specialistiche, assume un ruolo cardine per la presa in carico globale del paziente nel concetto di riorganizzazione della sanità.

La sfida della sanità e dei professionisti della salute è quella di erogare assistenza secondo criteri di appropriatezza e secondo i canoni di qualità nel panorama dell'infermieristica territoriale e di comunità.

Quando si parla di cure primarie abbiamo il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un modello assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento

delle risorse personali (self-care e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità. In questo modo si tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale e fruire di un significativo allocamento delle risorse umane e strumentali.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse.

Il presente progetto propone l'istituzione della figura del Care Manager nei piccoli Ospedali e l'attivazione di ambulatori per la cronicità per la presa in carico globale del paziente fragile e la costruzione di percorsi condivisi con l'equipe multidisciplinare coinvolta nel processo clinico assistenziale.

2- INDAGINE DI CONTESTO

La riorganizzazione dei servizi e delle modalità di risposta ai bisogni rappresenta la vera sfida futura per il SSN, sfida che dovrà essere perseguita ricercando le maggiori coerenze possibili con il quadro epidemiologico. Per allineare i servizi ai bisogni sanitari emergenti (30% di cittadini con almeno una malattia cronica, 4% non autosufficienti) è opportuno intervenire sia sulla crescita delle strutture intermedie, in particolare per garantire assistenza agli anziani non autosufficienti, sia con l'incremento dell'attività ambulatoriale, soprattutto per seguire le patologie croniche, attraverso l'adozione sistematica di PDTA costo- efficaci.

Con DGRM 735 del 20/05/2013 è stato approvato il Progetto di riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera e riconversione delle piccole strutture ospedaliere, con la riduzione di 550 PL ed un aumento di 240 PL di lungodegenza/riabilitazione. Caposaldo della nuova organizzazione del network territoriale è la Casa della Salute, realizzata attraverso la riqualificazione dei piccoli ospedali, modello già sperimentato da tempo in altre regioni virtuose per rafforzare presidi socio-sanitari dedicati alla post acuzie e alle fragilità.

La Casa della Salute rappresenta il luogo ove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie (DGRM 960/2014). Essa è un'area di servizi integrati, sanitari e sociali domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera, favorire il recupero funzionale dei pazienti, evitare ricoveri impropri, soddisfare i bisogni dei cittadini con patologia che richiede elevato grado di protezione.

La scelta organizzativa rappresentata dall'Ospedale di Comunità (O.d.C.) nasce e si sviluppa con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia e appropriatezza all'esigenza posta dal radicale cambiamento del quadro epidemiologico, demografico e tecnologico degli ultimi decenni, sempre

meno concentrato sulla risposta ospedaliera e sempre più orientata al rafforzamento di quella territoriale al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute espressi dai cittadini(DGRM 1183 del 22/12/2015 , e ultima DGRM 139 del 22/02/2016).

All'interno delle varie strutture riconvertite in piccoli ospedali si propongono progetti organizzativi che prevedono il riorientamento delle risorse presenti e quindi dell'offerta sanitaria.

In particolare le strategie progettuali ed operative si sono orientate a facilitare percorsi di continuità delle cure favorendo attraverso specifiche attività un più facile passaggio tra la funzione ospedaliera e territoriale della sanità nonché una più facile fruibilità di specifiche prestazioni ambulatoriali.

Esistono già altre realtà che hanno sperimentato nuovi modelli assistenziali per il paziente fragile, come ad esempio nella ASL di Lecce con il "Progetto Leonardo - Disease and Care Management" in cui si è verificato fattibilità e ottima qualità dei risultati. Invece nella Asl BT con deliberazione del Direttore Generale n. 741 del 07/04/2016, è stata prevista l'istituzione degli ambulatori per la cronicità in tutti i distretti socio sanitari con una dotazione iniziale di 2 infermieri (case manager)(allegato 1).

La Regione Piemonte nell'ambito della programmazione dei fondi di investimento Europei ha deliberato un progetto che si articola in 5 pacchetti di attività, cosiddetti work packages (di seguito WP), per un periodo di 30 mesi, per sperimentare nelle cinque aree regionali coinvolte nel progetto CO.N.S.E.N.SO: Piemonte, Liguria, Provenza, Slovenia e Carinzia, un modello di presa in carico a supporto della popolazione anziana, centrato sulla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (di seguito IF&C), allo scopo di aiutare gli anziani a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile e prevenire o ritardare il trasferimento nelle case di riposo(allegato 2)

Nello specifico la progettazione organizzativa per la gestione delle patologie croniche secondo il modello del CCM è finalizzata a :

- fornire risposte assistenziali precise e differenziate
- ridurre ricoveri ripetuti ed accessi inappropriati al P.S.
- riduzione della spesa farmaceutica
- coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counselling e il supporto all'autocura
- ottimizzare l'uso delle risorse che incidono nel medesimo territorio
- organizzare sistemi di follow-up che agevoli il controllo dei processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche
- promuovere l'empowerment e il miglioramento della compliance attraverso l'addestramento del paziente da parte dell'infermiere ad un'autogestione consapevole.

Una società sempre più anziana, contraddistinta da malattia cronica o da infermità, è una voce importante nel bilancio della spesa sanitaria di ogni Paese.

Tale proposta di attivare all'interno degli Ospedali di Comunità "ambulatori per la cronicità" nasce dall'esperienza consolidata nel tempo nella gestione del paziente anziano con comorbilità e dall'aver accresciuto le competenze gestionali, cliniche, educative e tecnico professionali.

La valutazione preventiva della possibilità di attivazione dell'ambulatorio per stomizzati è stata effettuata attraverso l'utilizzo della matrice SWOT (Allegato n.3), che ha messo in evidenza i punti di forza, i punti di debolezza, presenti nel contesto operativo, le opportunità ed i rischi, provenienti dall'esterno dell'organizzazione, tutti elementi da considerare nella elaborazione del progetto stesso, al fine di poter razionalizzare i processi decisionali ed intervenire con strategie efficaci nelle situazioni di potenziale criticità.

3- OBIETTIVI DEL PROGETTO

Con l'evolversi del sistema sanitario, si è compreso il valore della territorialità dell'assistenza, implementando i servizi già esistenti e creandone dei nuovi, di approccio multidisciplinare, che permettano al cittadino di avere sempre più facilmente risposte di salute fuori dagli ospedali.

L'obiettivo di una sanità sempre meno ospedalocentrica è da anni al centro dei progetti di politica sanitaria, in quanto la popolazione italiana va verso la cronicità e la comorbilità, caratteristiche proprie di un'Italia sempre più anziana e sempre più bisognosa di assistenza.

Il progetto "CARE MARCHE", si integra all'interno dei piccoli ospedali/ospedali di Comunità con lo scopo di dare risposte ai bisogni della popolazione anziana e si basa sulla presa in carico del paziente cronico e dei suoi problemi di salute, nell'ambito delle cure primarie.

I Care Manager forniscono al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia, si avvalgono di un sistema di supporto decisionale su web (Sistema Informativo Progetto Nardino) ed operano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (MMG, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati. Già sperimentato nella ASL di Bari con il "Progetto Leonardo - Disease and Care Management" che ne ha verificato fattibilità e ottima qualità dei risultati. In questa fase verrà privilegiata l'individuazione e l'assistenza proattiva di pazienti affetti da Diabete, Ipertensione arteriosa, Malattie Cardio Vascolari (MCV).

Per realizzare compiutamente il fine suddetto, il progetto è stato scomposto in **quattro step**, con relativi **obiettivi specifici**, che individuano aree e strategie efficaci per ogni dimensione considerata.

- 1) Il primo step - obiettivo specifico: uniformare le conoscenze e le competenze necessarie per l'infermiere Care Manager
- 2) Il secondo step - obiettivo specifico: individuare e prendere in carico i pazienti cronici nel contesto territoriale .
- 3) Il terzo step - obiettivo specifico: gestione dei percorsi diagnostici-terapeutico degli utenti che afferiscono dal territorio o dal regime di ricovero che necessitano di prestazioni a vario livello(PDTA), monitoraggio e follow up.
- 4) Il quarto step - obiettivo specifico: aumentare la soddisfazione dell'utente e l'empowerment della persona e/o del care giver (aderenza al trattamento).

4- METODI

Il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nel facilitare un virtuosa collaborazione tra operatori (care manager, MMG, specialisti) e assistiti prevede un attivo coinvolgimento e sensibilizzazione dei pazienti allo scopo di favorire migliore aderenza alla terapia, a stili di vita più sani, prevenzione delle complicanze e, in definitiva, maggior benessere. L'intervento è basato sul rapporto fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono la collaborazione di Infermieri/Care manager specificamente formati alle tecniche del coaching.

Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi in collaborazione con il MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute:

1. verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento)
2. valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia)
3. definizione degli obiettivi di salute
4. impostazione e sviluppo del Piano di Cure personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale)
5. monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute
6. formazione del paziente
7. ricorso appropriato ai servizi.

Secondo il Chronic Care Model il periodo di ospedalizzazione deve essere breve e solo per il tempo necessario alla risoluzione dell'evento acuto affinché il paziente cronico, risolta l'urgenza, possa essere assistito a livello territoriale. L'erogazione dell'assistenza è focalizzata sui bisogni individuali della persona inserita nel suo contesto sociale; le cure primarie sono il punto centrale dei processi assistenziali.

5- STRATEGIE ED AZIONI (Allegato n. 2 : diagramma di Gantt)

Di seguito vengono riportate le strategie e le azioni da intraprendere per ognuno degli obiettivi specifici considerati. Operatori referenti delle singole attività, sequenze di interventi e visualizzazione della tempistica tempi sono rappresentati nell'allegato n. 4, il diagramma di Gantt:

1) Il primo obiettivo specifico: uniformare le conoscenze e le competenze necessarie per l'infermiere Care Manager

- Presentare il progetto alla Direzione Generale, alla Regione Marche, al Direttore OdC, alla Direzione Infermieristica
- Valutare le competenze necessarie allo svolgimento delle attività nell'ambulatorio per la cronicità
- Rinforzare con interventi formativi eventuali competenze carenti (Master e Corsi di perfezionamento sulla figura del CM)
- Elaborare Istruzioni operative per il personale coinvolto nel progetto

2) Il secondo obiettivo specifico: individuare e prendere in carico i pazienti cronici nel contesto territoriale

- Presentare il progetto ai Medici di Medicina Generale
- Presentare il progetto alle diverse istituzioni sanitarie e non sanitarie del territorio
- Individuare ed arruolare le patologie croniche di pazienti affetti da Diabete, Ipertensione arteriosa, Malattie Cardio Vascolare (MCV).

3) Il terzo obiettivo specifico: gestione dei percorsi diagnostico-terapeutico degli utenti che afferiscono dal territorio o dal regime di ricovero che necessitano di prestazioni a vario livello (PDTA), monitoraggio e follow up

- Identificazione dei soggetti assistibili e tipologia delle prestazioni da erogare
- Pianificare i percorsi dei pazienti affetti da diabete, ipertensione arteriosa, MCV
- Definire le funzioni dell'infermiere Care Manager
- Valutazione dello stato di salute (1. questionario sulle abitudini alimentari, 2. questionario sull'attività fisica, 3. questionario sulla autosufficienza - indice di Karnofsky, 4. indice di

comorbilità di Charlson, 5. questionario sulla vita di relazione, 6. scala sull'aderenza alla terapia di Morisky, 7. valutazione del contesto sociale).

- Pianificare le modalità di accesso (cartella ambulatoriale informatizzata)
- Supporto nella gestione e fornitura dei presidi
- Elaborare la modulistica per il collegamento con il territorio

4) Il quarto obiettivo: aumentare la soddisfazione dell'utente e l'empowerment della persona e/o del caregiver (aderenza al trattamento).

- Promuovere percorsi di addestramento e di educazione sanitaria per i familiari/caregiver dei pazienti presi in carico (gestione della stomia, alimentazione, eliminazione)
- Elaborare brochure informativa e raccolta questionari di gradimento delle attività svolte
- Monitorare andamento della nuova metodologia di lavoro
- Report degli indicatori di processo (n. pazienti, misurazione PA, diabete, BMI) e di esito (incremento valori ottimali PA, HbA1c, BMI).

6 – STRUMENTI OPERATIVI

La disponibilità di un Sistema Informativo dedicato e in rete, facilmente accessibile, consente una efficace raccolta dei dati e, agli operatori opportunamente accreditati, la valutazione in tempo reale dello stato di avanzamento del progetto nonché il costante monitoraggio dell'intera popolazione partecipante e del piano diagnostico terapeutico del singolo assistito e della maggiore o minore efficacia delle strategie di "coaching" attivate.

La clinica informatizzata permetterà di :

- documentare il percorso clinico assistenziale
- la presa in carico globale del paziente
- un approccio di tipo multidisciplinare e multiprofessionale caratteristico della sanità di iniziativa
- sensibilizzare e favorire la collaborazione delle diverse figure sanitarie sia del contesto ospedaliero sia del contesto territoriale
- la registrazione delle attività del Care Manager, finalizzate agli obiettivi di cura.

Inoltre al fine di svolgere con il massimo delle competenze il ruolo del Care Manager deve essere richiesta e connessa una formazione di tipo avanzato del personale sanitario impegnato nel progetto.

In Italia, presso alcune Università (Bologna, Pavia, Verona) sono attivi Master di primo livello

della durata di un anno con l'acquisizione di 60 CFU per approfondire le conoscenze di assistenza, le dinamiche organizzative, di finanza e risorse comunitarie.

Le competenze di pratica clinica avanzata che elevano al ruolo di care manager includono:

la comprensione del modello organizzativo assistenziale, la conoscenza di una specifica popolazione di pazienti, diagnosi cliniche correlate e i trattamenti medici, conoscenze sulla gestione delle risorse, sull'uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee Guida.

Per quanto concerne il ruolo del case manager, Chiari & Santullo (2001) affermano che esso ha una dimensione clinica, manageriale, e finanziaria. Il ruolo clinico consiste accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie ogni qualvolta questi si presentino, classificandoli in problemi reali o potenziali e valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente.

Criteri per l'individuazione del personale

- motivazione personale
- conoscenza e utilizzo dei protocolli
- capacità di relazionarsi con l'utente
- disponibilità a frequentare corsi di formazione specialistici
- capacità organizzativa

7 – AGENDA PER PATOLOGIA

L'assistenza domiciliare è senz'altro uno dei servizi in cui la presenza infermieristica deve essere implementata, ma il servizio stesso deve crescere per realizzare una medicina territoriale efficiente.

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita, infatti si stima che il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia speso per la gestione delle malattie croniche, con la previsione nei prossimi cinque anni di un aumento esponenziale.

L'Attivazione di Percorsi clinico assistenziali, condivisi dal team multiprofessionale, costruiti in base alle esigenze e bisogni del cittadino, permette nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita.

Nello specifico si propone di redigere delle agende specifiche per patologia (diabete, ipertensione arteriosa, MCV), ognuna delle quali contiene al proprio interno gli obiettivi specifici e gli interventi orientati alla presa in carico e gestione del processo globale, attraverso una puntualizzazione periodica delle attività da svolgere per i singoli casi di trattamento.

Le agende devono prevedere quindi percorsi specifici per patologia, le figure coinvolte e la

possibilità di interfacciarsi con i vari professionisti interessati, i criteri di scelta degli stessi, le risorse da impegnare e a seconda del caso clinico l'assegnazione di livelli di gravità attraverso l'assegnazione di un codice colore o lettera identificativa.

Attività complementari

- Coinvolgimento/addestramento dei familiari
- Aiutare gli utenti ad acquisire strumenti e abilità per autogestire la propria salute
- Progettare e attuare interventi di promozione ed educazione alla salute
- Educazione in materia di educazione alimentare
- Controlli periodici
- Supporto per il percorso di fornitura degli ausili e l'esenzione del ticket
- Lavoro in rete (con MMG, altri specialisti, altri ambulatori)
- Diventare centri di riferimento per la popolazione per attività di consulenza

8 – INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

La valutazione degli obiettivi prenderà in esame gli Indicatori di:

- processo (es. n. di pazienti assistiti, numero di pazienti sottoposti a misurazione della pressione arteriosa, glicemia, HbA1c, microalbuminuria, ecocardiogramma, BMI, ecc...),
- esito (es. incremento del numero di pazienti con valori ottimali di PA, incremento del numero di pazienti con valori ottimali del HbA1c, incremento del numero di pazienti con valori ottimali del BMI ecc...)
- qualità dell'assistenza (grado di soddisfazione del paziente, grado di soddisfazione degli operatori) ricavato dalla distribuzione di questionari aziendali.

L'andamento di tali indicatori può essere seguito attraverso periodici contatti e controlli a cadenza semestrale/annuale o, ove necessario, anche più frequenti; opportunamente registrati nel Sistema Informativo utilizzato dagli operatori.

9 – OUTCOME

Le strategie progettuali ed operative si sono orientate a facilitare percorsi di continuità delle cure favorendo attraverso specifiche attività un più facile passaggio tra la funzione ospedaliera e

territoriale della sanità nonché una più facile fruibilità di specifiche prestazioni ambulatoriali. La progettazione organizzativa è finalizzata a :

- Eliminare le sovrapposizioni, recuperare la fuga extraregionale, fornire risposte assistenziali precise e differenziate
 - Riduzione ricoveri ospedalieri impropri
 - Riduzione della spesa farmaceutica
 - Riduzione visite ambulatoriali
 - Evitare inappropriately nei tempi di degenza
 - Limitare l'istituzionalizzazione
 - Ridurre accessi inappropriati al P.S.
 - Realizzare l'integrazione socio-sanitaria ed ospedale-territorio
 - Miglioramento della qualità di vita del paziente cronico.

Attraverso il data base prodotto dal Sistema Informativo dedicato alla raccolta dei dati e alla produzione degli indicatori utili alle valutazioni di esito e di impatto sulla popolazione interessata, sarà possibile fornire una valutazione sullo stato di avanzamento del processo in corso attraverso una prima analisi descrittiva del data base in utilizzo.

10 – CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

La fase attuale di riconversione dall'ospedale al territorio interessa e coinvolge prevalentemente popolazioni fragili affette da patologie croniche.

Nel mondo le persone affette da patologie croniche sono in considerevole aumento e l'invecchiamento della popolazione ne è una delle cause principali. Il 10,7% degli uomini, infatti, e il 14,7% delle donne ha superato i 65 anni di età e nei prossimi decenni queste stime sono destinate ad aumentare. Secondo le stime dell'OMS, nel 2050, 2 miliardi di persone avranno superato i 60 anni di età, con il conseguente aumento di patologie cardiovascolari, diabete e insufficienza cardiaca e la crescita dei costi dell'assistenza sanitaria.

Una società sempre più anziana, contraddistinta da malattia cronica o da infermità, è una voce importante nel bilancio della spesa sanitaria di ogni Paese.

L'Italia è tra i Paesi Europei quella che ha la percentuale più alta di ultra65enni (21,2%) con la previsione di raggiungere il 27,6 % nel 2032, con il conseguente aumento della domanda di servizi

sanitari e quindi della spesa per risorse sanitarie e della farmaceutica territoriale; senza contare che con l'aumento della sopravvivenza, aumenta la possibilità di presa in carico a lungo termine del malato senza restituito ad integrum.

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, è imprescindibile sottolineare il valore della PREVENZIONE.

E' ormai consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra le differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

Nel recente Piano nazionale per la cronicità (QS luglio 2016) la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete per realizzare una medicina territoriale efficiente dove l'infermiere gioca un ruolo fondamentale in quella che è la necessaria compliance per la cosiddetta alleanza terapeutica che tanto facilita l'arrivo alla meta.

Alla luce di quanto sopra esposto, disponibili per eventuali ulteriori chiarimenti, si resta in attesa di sollecito riscontro.

Cordialità

Il Coordinatore Regionale
Nursind Marche
Donato Mansueto

Per qualsiasi comunicazione
Nursind Marche
Via Piemonte, 10
60015 Falconara (AN)
mail: marche@nursind.it
Cell 3278583901 – 3278583900 - 3392221513

Allegato 3 – Matrice SWOT