

IL PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE N.O.A. DELL'AREA VASTA EMILIA CENTRO
Una Nuova Organizzazione Ambulatoriale per la gestione delle patologie
croniche: gli strumenti del disease management e del governo clinico

Dott. Andrea Zamboni
Medico di Medicina Generale
Responsabile di MO di NCP Area
Copparo Distretto Centro-Nord

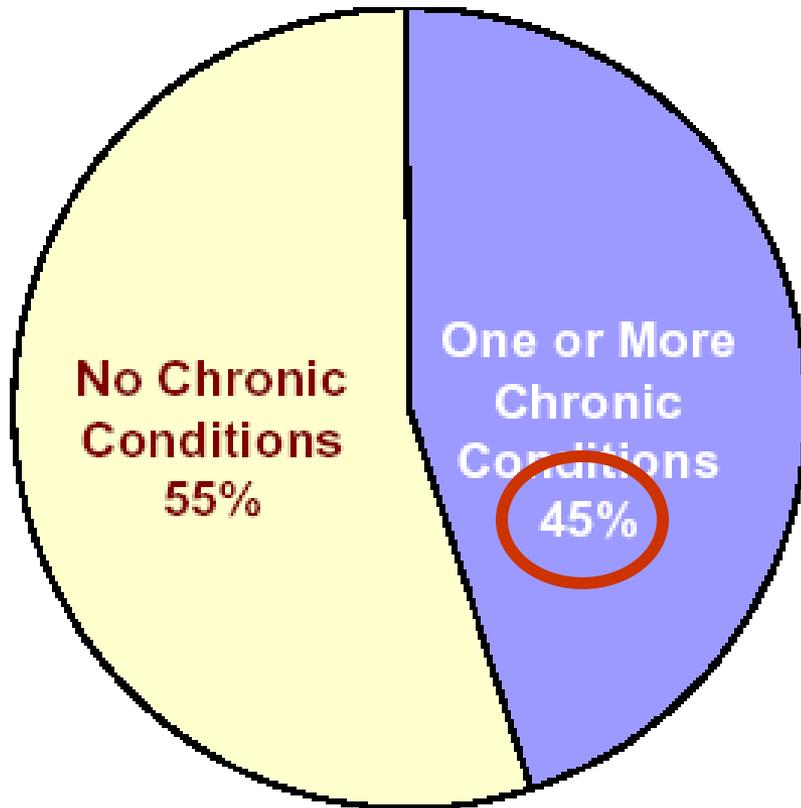
IL PARADOSSO DELLA MEDICINA MODERNA

*“ We are still practicing
acute care medicine
in a world of
chronic disease”*

Kane RL. The chronic care paradox. *Aging Soc Policy* 2000;11(2-3):107-14.

Kane RL. Changing the face of long-term care. *J Aging Soc Policy* 2005;17(4):1-18

Chronic Care: A Universal 21st Century Challenge



People with One or More Chronic Conditions Use:

72% of All Physician Visits

76% of All Hospital Admissions

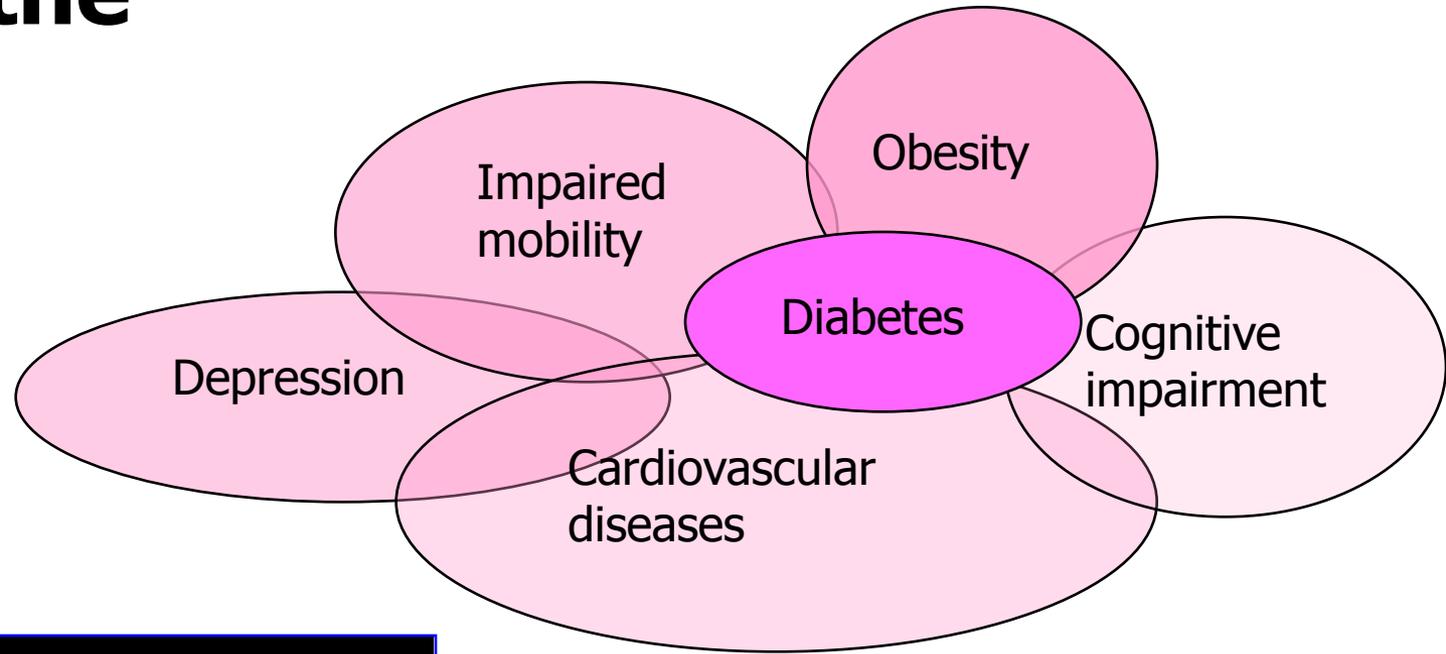
80% of Total Hospital Days

88% of All Prescriptions

96% of All Home Care Visits

Robert L. Kane,
University of Minnesota, School of Public Health

What are the chronic diseases?

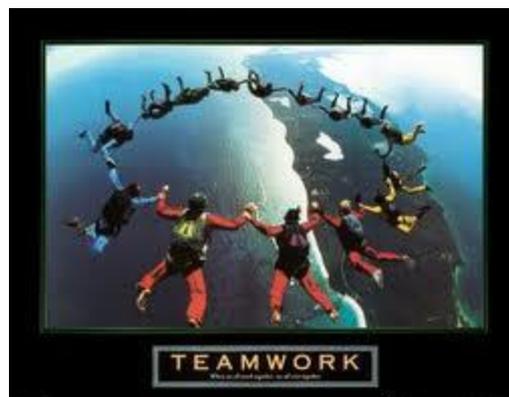
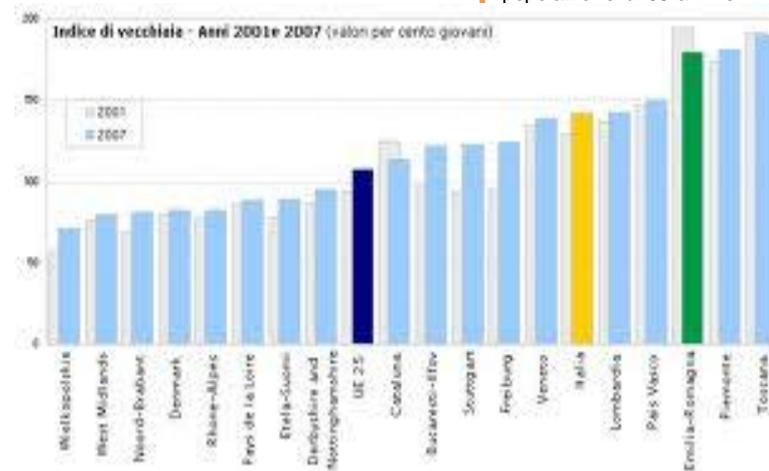


Chronic disease in older people:

- Co-morbidity
- Complexity
- Frailty

Insomma la vera sfida per la Medicina ed i Servizi Sanitari dei Paesi di Tutto il globo sarà la gestione della Cronicità e la Long Term Care.

L'indice di vecchiaia (IV) è il rapporto percentuale tra l'ammontare della popolazione di 65 anni e



Le dinamiche dei nuovi bisogni

Il crescente bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine è condizionato da quattro determinanti fondamentali:

- 1) L'invecchiamento generale della popolazione
- 2) Lo specifico aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti
- 3) La riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari
- 4) La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

- Il PDTA può essere definito come la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una “tipologia” di pazienti, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione.

Perché ci servono

- L'obiettivo di questi strumenti è di arrivare ad una QUALITA' delle prestazioni, di cui i pazienti possono realmente beneficiare
- QUALITA' che non dipende dalla capacità/competenza del singolo

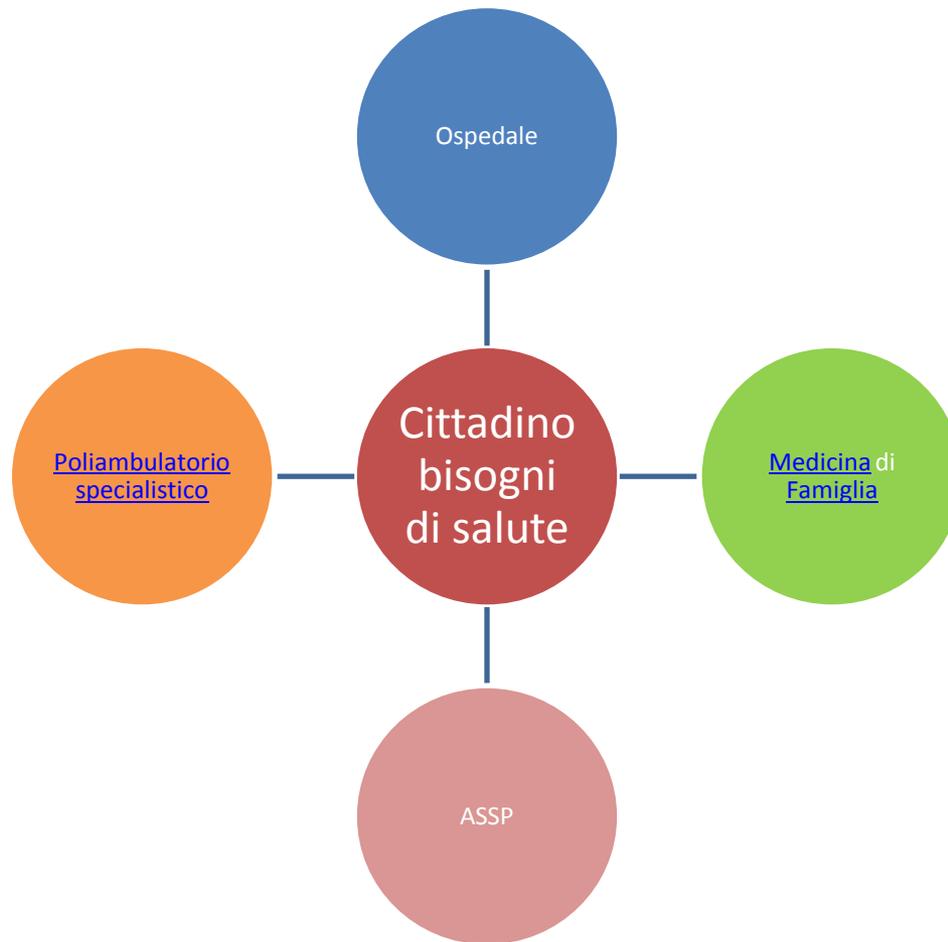
Perché ci servono

- Integrano le evidenze scientifiche disponibili nella pratica clinica
- Supportano le decisioni cliniche
- Riducono la variabilità dei comportamenti professionali
- Favoriscono il coordinamento tra diversi professionisti
- Favoriscono valutazioni di processo e di esito

La medicina moderna come sistema globale

Medicina moderna		
Organizzazione dei sistemi di erogazione delle cure (sistemi sanitari)	Conoscenze scientifiche, applicazioni tecnologiche	SCIENZE UMANE

La Organizzazione nel territorio di Copparo



Poliambulatori specialistici

- Riorganizzazione secondo il modello NOA
 - PDA (accoglienza;informazione;gestione percorsi)
 - Presa in carico e attuazione del percorso diagnostico\terapeutico(condiviso secondo evidenze e linee guida)
 - Definizione dei tempi di monitoraggio e follow-up secondo pacchetti di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e basati sulla EBM.
 - Riaffido al responsabile della cura e continuità assistenziale

Medico di Medicina Generale

- La organizzazione nel NCP apre al Mmg la prospettiva di una organizzazione diversa del proprio lavoro (favorita la organizzazione in rete e medicina di gruppo; la casa della salute o la sede fisica del ncp).
 - Ambulatorio H12 del ncp in Ospedale
 - La presenza nell'ambulatorio dell'Infermiere dell'ncp.
 - La rete orizzontale e la possibilità di accedere alle cartelle cliniche dei singoli mmg.
 - La informatizzazione degli ambulatori dei mmg.

Medico di Medicina Generale

- Si trova per la prima volta fisicamente ad operare in un ambulatorio situato in una struttura ospedaliera e sede di Poliambulatori ma soprattutto in stretto rapporto con l'infermiere del ncp.
 - Quale ruolo dell'infermiere di ncp
 - Quale rapporto con mmg
 - Quale rapporto dell'infermiere di ncp con ospedale e servizi poliambulatoriali?

Infermiere del NCP

- L'Infermiere di NCP è *l'agente di cura al fianco del cittadino*.
- è un infermiere, formato alle dinamiche relazionali e assistenziali della MG. Attraverso l'introduzione di questa figura presso l'ambulatorio NCP si sperimenta un innovativo modello di presa in carico che prevede un processo di cura basato su una serie di interventi sanitari coordinati e di comunicazione con il paziente su ambiti clinico-comportamentali, con un impatto significativo sulla partecipazione dello stesso paziente alla gestione della propria salute (empowerment).

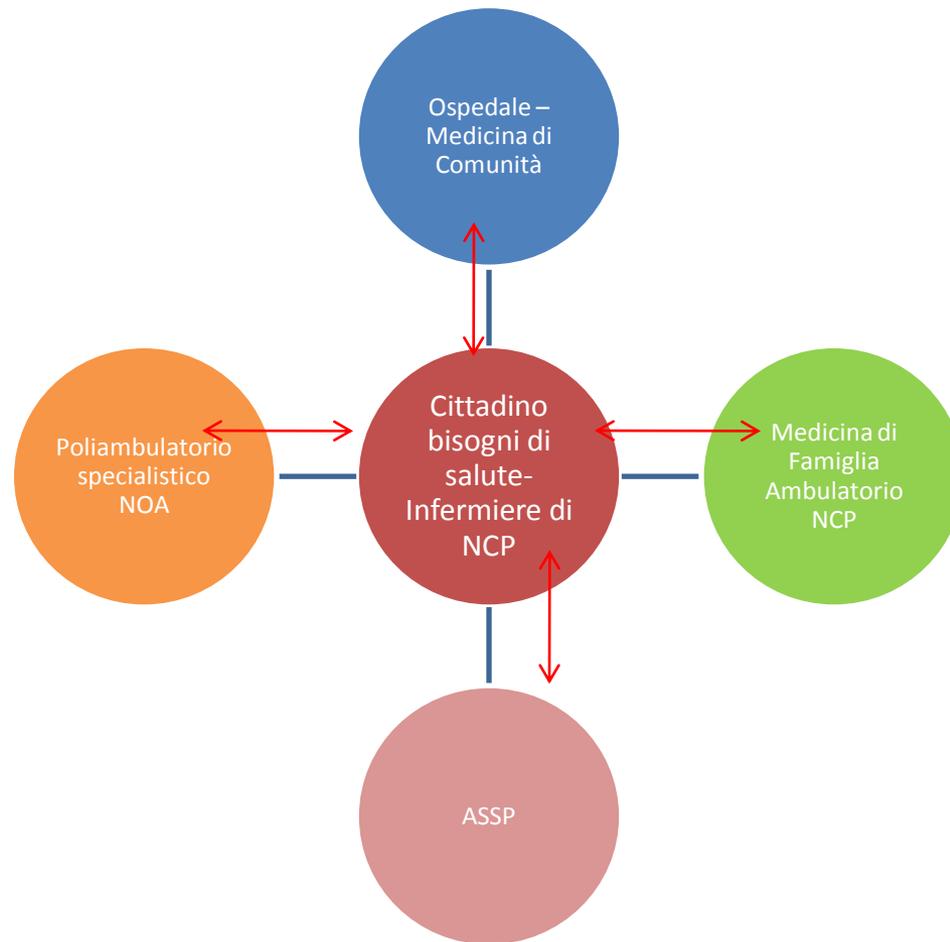
Infermiere del NCP

- L'infermiere di NCP, di conseguenza, ha la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti durante la loro presa in carico, determinando insieme al gruppo interdisciplinare obiettivi e durata del percorso assistenziale e di gestire e guidare l'assistenza fuori dall'ospedale, pianificando il trattamento per soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. E' in questo senso un "educatore" per il paziente e la propria famiglia ma anche per il medico e gli altri soggetti socio-sanitari.

Medico di medicina generale –Infermiere del NCP

- Reali vantaggi per il cittadino con un bisogno di salute?
 - Accoglienza\informazione\educazione.
 - Risposta pronta ed immediata anche a piccoli problemi o disturbi.
 - Presa in carico\definizione dei percorsi senza abbandono ma guidato.
 - Rinforzo\richiamo delle informazioni ricevute da diversi professionisti nel percorso diagnostico\terapeutico .
 - Empowerment\cosapevolezza della propria patologia.

La Organizzazione nel territorio di Copparo dopo avvio dell'Ambulatorio NCP



Servizio Diabetologia

M.M.G.

Diagnosi

2 valori di Glicemia plasmatica a digiuno \geq a 126 mg/dL

Prima Visita Diabetologica

- Caratterizzazione Diabete, Fattori di Rischio, Complicanze
- Definizione Terapia
- Educazione terapeutica
- Certificazione esenzione 013.250

Requisiti G.I.

(HbA1c < 7%,
complicanze
assenti o lievi
stabili, non
insulinoterapia)

SI

NO

Gestione Integrata

- Ogni 3-6 mesi Visita, HbA1c, glicemia, BMI, PA
- Ogni 12 mesi Microalb., LDL, ECG.
- Ogni 2 aa, Fundus oculi

Requisiti G.I.

(HbA1c < 7%,
complicanze
assenti o lievi
stabili, non
insulinoterapia)

NO

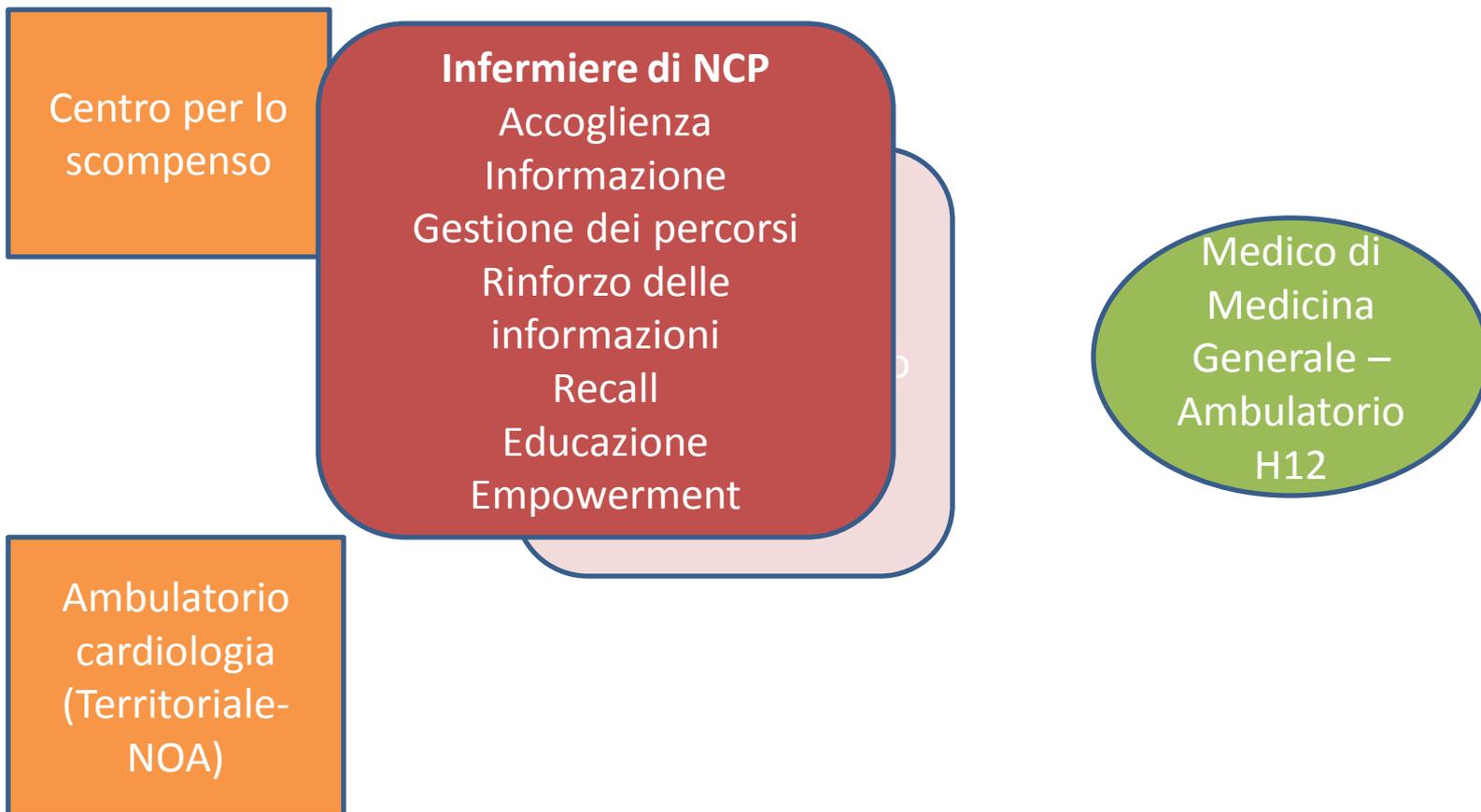
SI

Follow-up Diabetologico

- Stabilizzazione compenso metabolico
- Monitoraggio e gestione complicanze
- Educazione terapeutica
- Rivalutazione periodica

PROTOCOLLO GESTIONE INTEGRATA DIABETE FERRARA

Scompenso cardiaco gestione integrata



INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

- IN ITALIA L'INCIDENZA DI UREMIA TRATTATA CON DIALISI PRESENTA UN INCREMENTO ANNUO DEL 3,5%
- BISOGNA CONTENERE L'ESPANSIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO
- L'OBIETTIVO E' QUELLO DI RALLENTARE EFFICACEMENTE L'INESORABILE PROGRESSIONE DELLA IRC

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

- PAZIENTI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO 39.000
- PAZIENTI IN DIALISI PERITONEALE 4.500
- PAZIENTI TRAPIANTATI 17.000
- 26.000.000 OBESI O SOVRAPPESO
- 15.000.000 IPERTESI
- 4.000.000 DIABETICI

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Pertanto diventa sempre più importante identificare gli individui con malattia renale cronica progressiva e fondamentale predisporre interventi efficaci sia farmacologici nefroprotettivi, sia di mutamento degli stili di vita abnormi. Tale attività di prevenzione primaria / secondaria e terziaria non può prescindere da un lavoro concertato e condiviso coinvolgente i MMG oltre che i medici specialisti ospedalieri. **La ricaduta economica favorevole risiede nel minore costo dell'intervento preventivo/conservativo rispetto a quello sostitutivo (in media rispettivamente Euro 2000-3500 / paziente / anno di contro a 35000 / paz. / anno).**

Tutto il sommerso dell'IRC

Pazienti con IR Riconosciuta

Possibilità di agire sui fattori modificabili della progressione, nonché sulla comparsa ed evoluzione delle co-morbidity

**Pazienti con IR non riconosciuta:
Accelerazione della perdita irreversibile della funzione renale, maggiore incidenza e gravità di comorbidity**



Cosa fa il MMG ?

Se si conferma una CKD → invia ambulatorio H12



- ✿ Invio corretto al Nefrologo per inquadramento diagnostico
- ✿ Valutazione complessiva anche di altri fattori di rischio
- ✿ Impostazione della terapia
- ✿ Impostazione del follow-up a lungo termine in un programma coordinato MMG/Nefrologo

INFERMIERE



- **COLLOQUIO "CONFIDENZIALE" PER VALUTARE ABITUDINI DI VITA ED ALIMENTARI**
- **MONITORARE PESO CORPOREO (BMI) E PRESSIONE ARTERIOSA**
- **RACCOLTA DATI ANAGRAFICI**
- **ALLESTIMENTO E GESTIONE DI ARCHIVIO COMPUTERIZZATO**
- **PIANIFICA ACCESSO AL PDTA IN AMBITO NEFROLOGICO**

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

**L'INFERMIERE HA IL COMPITO DI ACCOMPAGNARE
L'INDIVIDUO NEL PERCORSO DELLA MALATTIA:**

- **FACILITANDONE E PROMUOVENDONE L'ACCETTAZIONE**
- **PREVENENDONE LE COMPLICANZE ATTRAVERSO
CONOSCENZA E INFORMAZIONE**
- **PONENDO LA CENTRALITA' SULL'UTENTE**



NEFROLOGO

- MONITORIZZA ATTRAVERSO LA VISITA DIRETTA ANDAMENTO CLINICO DELLA MALATTIA OTTIMIZZANDO TERAPIA FARMACOLOGICA E DIETETICA
- ESEGUE ESAMI STRUMENTALI QUALI ESAME DELLE URINE, ECOGRAFIA ETC
- PREDISPONE IL RICOVERO QUANDO E' NECESSARIO UN PIU' EFFICACE INTERVENTO



Stadio I
VFG 90-120
Malattia renale
senza IRC

**Obiettivi
dell'intervento
medico**

Individuazione dei
pazienti a rischio
(2,3)
(controllo annuale
VFG)

Monitoraggio dei
markers di nefropatia
cronica se presenti
(3,7)
(6 mesi-1 anno)

Riduzione dei fattori
di rischio (7, 9,10,13)
(Ev. B)

Pazienti a rischio

- Diabete
- Ipertensione (Allegato B)
- Malattie autoimmuni
- Malattia cardiovascolare
- Esposizione a farmaci
- IRA pregressa
- Età >80 anni
- Storia familiare di nefropatia
- Riduzione della massa renale (inclusi donatori di rene e trapiantati)

Monitoraggio markers

- Creatinina
- VFG con formula di Cockcroft
- Microalbuminuria / proteinuria
- Sedimento urinario
- Proteinuria/Creatininuria
- Ecografia renale
- Biopsia renale su specifiche indicazioni

Riduzione fattori di rischio

- Ipertensione (Allegato B)
- Dislipidemia
- Diabete
- Rischio cardiovascolare (Allegato C)
- Terapie nefroprotettive (ACEi, sartanici, statine, antiaggreganti)
- Evitare nefrotossici:FANS, ACEi/ sartanici in caso di deplezione di volume, aminoglicosidi, m.d.c
- m.d.c.(profilassi con acetilcisteina e liquidi)
- Trattare ostruzioni vie urinarie

MMG

MMG
+
consulto
del
Nefrologo

**Stadio II
VFG 60-89
IRC lieve**

**Obiettivi
dell'intervento
medico**

**Frequenza controlli
6 – 12 mesi
MMG + consulto
nefrologico (annuale)
Prenotazione CUP, con
impegnativa**

**Stima della
Progressione
(4,6,11,15)
(Ev. B)
Valutazione VFG
(Allegato A)**

**Rallentare
la
progressione
(4,15) (Ev. B)**

**Ridurre il rischio
cardio vascolare
(16,21,22,25,28,31)
(Ev. B-C)
I pazienti con IRC
sono ad alto rischio
cardiovascolare
(Allegato C)**

**Esami base (11,17,18)
creatinina, azotemia, VFG, Na, K, Ca, P, ac. urico, emocromo,
glicemia, assetto lipidico, PCR, transaminasi, proteinuria 24 ore, es.
urine, PTH, ph venoso, Ecografia renale, addominale, cardiaca,
FOO, rx torace, ecodoppler aa.periferiche**

**Farmaci
nefroprotettori
(11,19,20)**

**Trattamento
dei fattori di
rischio**

**Educazione
alimentare e
stile di vita
(19,31)
(Ev. B)**

**ACEI e/o sartanici
(target Proteinuria
<1gr/24ore)
(Ev. A-B)**

**Proteinuria
(4,21,22)**

**Iperensione
(19,22)**

**Diabete
(23,24,28)**

**Dislipidemia
(25,29) (Ev. B)**

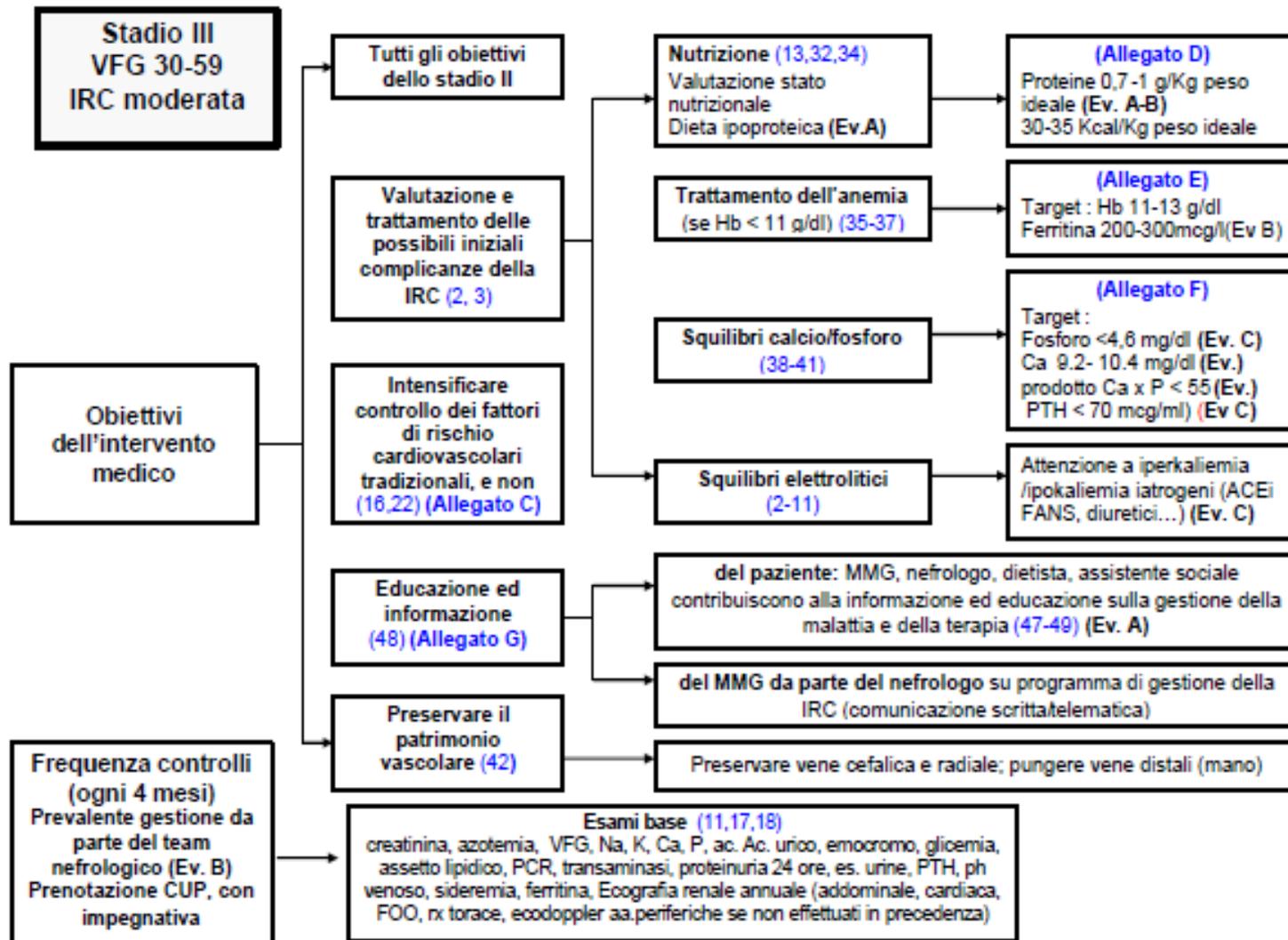
**Evitare
nefrotossici:
aminoglicosidi
m.d.c., FANS
(11,30)(Ev. A-B)**

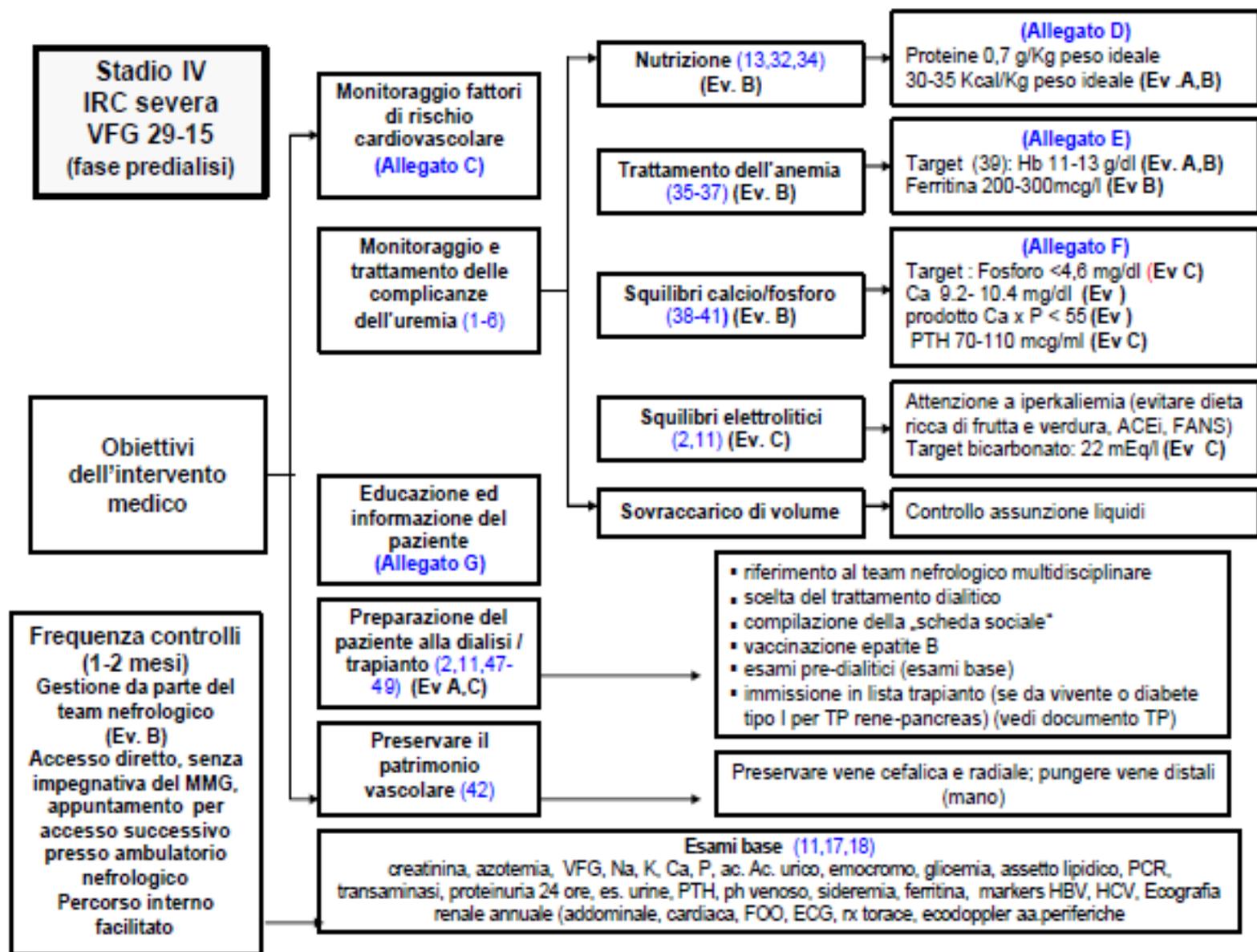
**(target PA:
se > 65 anni, <140/80
se < 65 anni, <125/75
diabetici o proteinuria
(Allegato B) (Ev. B)**

**Target: Hb glicata
<7% (14) (Ev.A)**

**target:
col. Tot. < 200 mg/dl,
LDL < 100 mg/dl,
trigliceridi <150 mg/dl,
HDL >40 mg/dl,
col nonHDL <130
mg/dl (Ev. B)**

**Dieta iposodica
evitando l'eccesso di
proteine e calorie,
senza schema
dietetica rigido (Ev.A)
Sospensione fumo
(Ev. B), attività fisica
(Ev. B)**

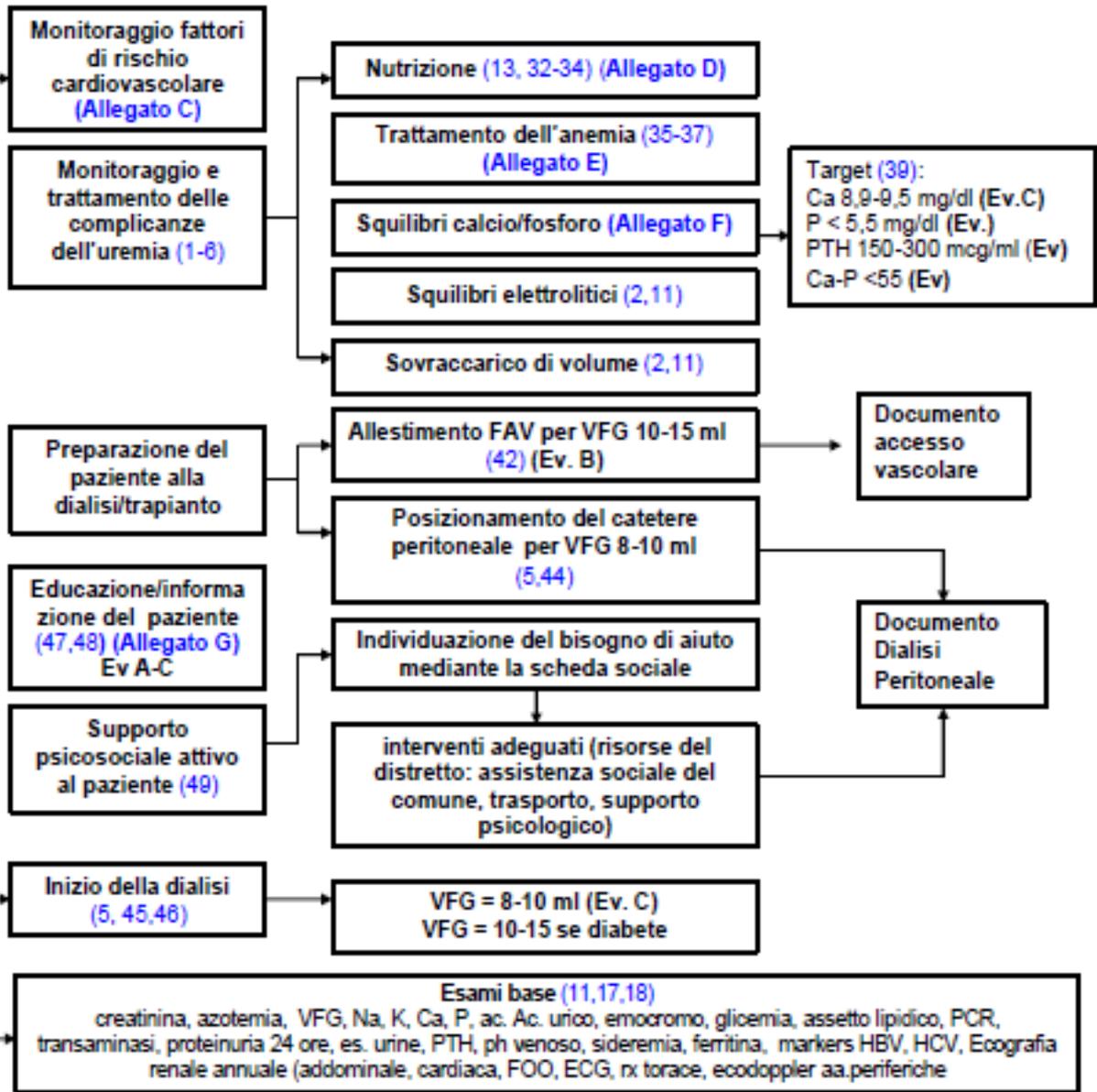




**Stadio V
IRC terminale
VFG < 15**

**Obiettivi
dell'intervento
medico**

**Frequenza controlli
(15-30 giorni)
Gestione da parte del
team nefrologico
(Ev. B)
Accesso diretto, senza
impegnativa del MMG,
appuntamento per
accesso successivo
presso ambulatorio
nefrologico
Percorso interno
facilitato**



Lavoro di squadra Infermiere-MMG-Medico Specialista-Ospedale-Servizi Sociali

- ✓ Attraverso la formazione
- ✓ La condivisione degli obiettivi
- ✓ L'applicazione delle evidenze scientifiche condivise
- ✓ La centralità del paziente e dei suoi bisogni di salute

