
GESTIRE IL CONCORSO

OPI FC

03/07/2023

giulia.paci@auslromagna.it

giulia.paci7@unibo.it

Gestire

l'assistenza 2



IL PROCESSO DI ASSISTENZA E LA DOCUMENTAZIONE CLINICA INFERMIERISTICA



OBIETTIVI

- Illustrare una classificazione dei problemi di competenza infermieristica
- Descrivere una metodologia clinica
- Illustrare la documentazione infermieristica congruente con il metodo clinico prescelto

Cos'è l'infermieristica



- Una disciplina
- Una professione

Cos'è una Disciplina

- Una disciplina ha un campo materiale di studio
- Analizza il campo materiale attraverso un' ottica definita
- Definisce un suo quadro concettuale
- Presenta condizioni operative concrete per la sua sperimentazione
- Ha una sua connotazione sociale e storica

Campo Materiale/Ottica

- Il Campo Materiale è l'oggetto di interesse di una disciplina
- L'Ottica è la modalità con cui una disciplina mette a fuoco un campo materiale per produrre conoscenza

Campo Materiale/Ottica

Il campo materiale dell'infermieristica è
l'uomo visto con l'ottica dei bisogni
psico-fisici e sociali

- *Per la medicina è l'uomo dal punto di vista della diagnosi e cura delle malattie*
- *Per la psicologia la psiche dell'uomo, il disagio interiore e nelle relazioni interpersonali (psicopatologia)*

Denominare i problemi infermieristici



- Attribuire dei nomi a dei **fenomeni/situazioni** è il primo necessario passo per renderli riconoscibili ed **identificabili**
- Gli infermieri hanno bisogno di denominare i problemi infermieristici e le modalità di intervento per affrontare e/o risolvere problemi di propria competenza
- Il contesto socio/economico ci chiede di farlo
- La normativa ci chiede di farlo

Utilizzare un metodo di lavoro infermieristico

- Ogni disciplina utilizza degli strumenti specifici di studio
- Tutti i professionisti che si riconoscono in quella disciplina dovrebbero utilizzare metodologie operative congruenti con gli studi disciplinari

Metodo operativo: Processo di nursing

- Metodo a fasi logiche che deriva dal problem solving
- Previsto dalla normativa
- In tutte le situazioni (escluse le situazioni di emergenza)
- In ospedale, a domicilio

La pianificazione assistenziale permette di affrontare in modo coerente e sistematico i problemi della persona e accompagna il professionista nell'assunzione di decisioni per il raggiungimento di specifici obiettivi, in un'ottica di presa in carico personalizzata.

PROCESSO INFERMIERISTICO/PROCESSO DI NURSING



«E' l'approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza durante il proprio lavoro.» (Wilkinson)

Rappresenta un metodo sistematico e creativo per:

- a) Identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali
- b) Identificare i punti di forza dell'assistito
- c) Promuovere il benessere
- d) Coinvolgere i familiari

Caratteristiche:
Dinamico e ciclico,
Centrato sull'assistito,
Olistico,
Pianificato e diretto al conseguimento
dei risultati
Basato su prove di efficacia
Flessibile

FASI DEL PROCESSO



Tratto da:

R.F. Craven, C.J. Hirnle, S. Jensen

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, quinta edizione

Copyright © 2014 CEA Casa Editrice Ambrosiana


ACCERTAMENTO



- Raccolta sistematica di dati **RILEVANTI** e **IMPORTANTI** riguardanti il paziente



A cosa servono i
dati?



Aiutano a:
Identificare **PROBLEMI DI SALUTE**
Pianificare l'**ASSISTENZA**
Valutare i **RISULTATI**



Obiettivo: acquisire un quadro complessivo delle condizioni dell'assistito

ACCERTAMENTO



- Teoria olistica: sfera fisica, psichica, sociale
- Utilizzo di strumenti osservazionali oggettivi e soggettivi
- Costruzione di strutture logiche di riferimento (cluster di segni e sintomi)
- Utilizzo di documentazione scritta

Accertamento per modelli funzionali della salute

- Percezione della salute- gestione della salute

Sfera fisica

- Nutrizionale-metabolico
- Eliminazione
- Attività -esercizio fisico
- Riposo-sonno

Sfera psichica

- Cognitivo-percettivo
- Percezione di sé - concetto di sé

Sfera sociale

- Ruolo-relazione
- Sessualità-riproduzione
- Adattamento- tolleranza allo stress
- Valori-convinzioni




Come si arriva alla Diagnosi Infermieristica? Metodi per l'accertamento

Preso a carico del paziente da parte
di un infermiere: Primary nursing

- ✓ Colloquio – intervista
- ✓ Esame obiettivo
- ✓ Osservazione
- ✓ Documentazione clinica
- ✓ Colloquio con l'equipe medico -infermieristica

STRUMENTO INFORMATIVO PER L'ACCERTAMENTO

- 
- 1) dati generali : anagrafici, scolarità, stato sociale, provenienza
 - 2) parte clinica-medica: diagnosi medica d'ingresso, evoluzione diagnostico-terapeutica, terapia farmacologica
 - 3) Modelli funzionali di salute
 - 4) Esame obiettivo: parametri vitali, osservazione della cute, funzionalità motoria

ACCERTAMENTO



- FONTI:

- ❖ PRIMARIE: Tutto ciò che riferisce l'assistito

- ❖ SECONDARIE: Tutto il resto (caregiver, colleghi, cartella clinica ecc...)

TIPOLOGIA di DATI:

- SOGGETTIVI: Non sono misurabili né osservabili (pensieri, convinzioni, sentimenti ecc...)

- OGGETTIVI: Raccolti mediante osservazione ed esame obiettivo (FC, PA, diuresi ecc...)

ACCERTAMENTO

OSSERVAZIONE

- «Uso consapevole e intenzionale delle funzioni sensoriali per raccogliere dati dalla persona assistita e dall'ambiente»

Esempi:

- Colore della cute, presenza di sudore, smorfie, possibilità di cadute, funzionamento dei presidi

ESAME FISICO

- «Accertamento sistematico degli apparati e sistemi dell'organismo»

- Si reperiscono dati OGGETTIVI.

- Si divide in: ISPEZIONE - AUSCULTAZIONE - PERCUSSIONE - PALPAZIONE



INTERVISTA

«Colloquio strutturato per ottenere dati soggettivi ed oggettivi»

Esempi:

Intensità del dolore, effetti della malattia sulla vita



VALIDAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI DATI

VALIDAZIONE

«Azione di controllo e di verifica dei dati»

I dati devono essere: completi, attendibili e reali.

Eliminare: pregiudizi, errori, dispercezioni.

Non trarre conclusioni.

Cosa fare: confrontare dati soggettivi e oggettivi, ricontrollare i PV se alterati e ingiustificati, chiedere un controllo esterno, tarare gli strumenti

ORGANIZZAZIONE

- Standard American Nurse Association (ANA):
- «I dati raccolti vanno organizzati secondo modelli, in maniera sistematica»
- Esempio:
- Organizzare i dati raccolto secondo il modello funzionale della salute di Gordon

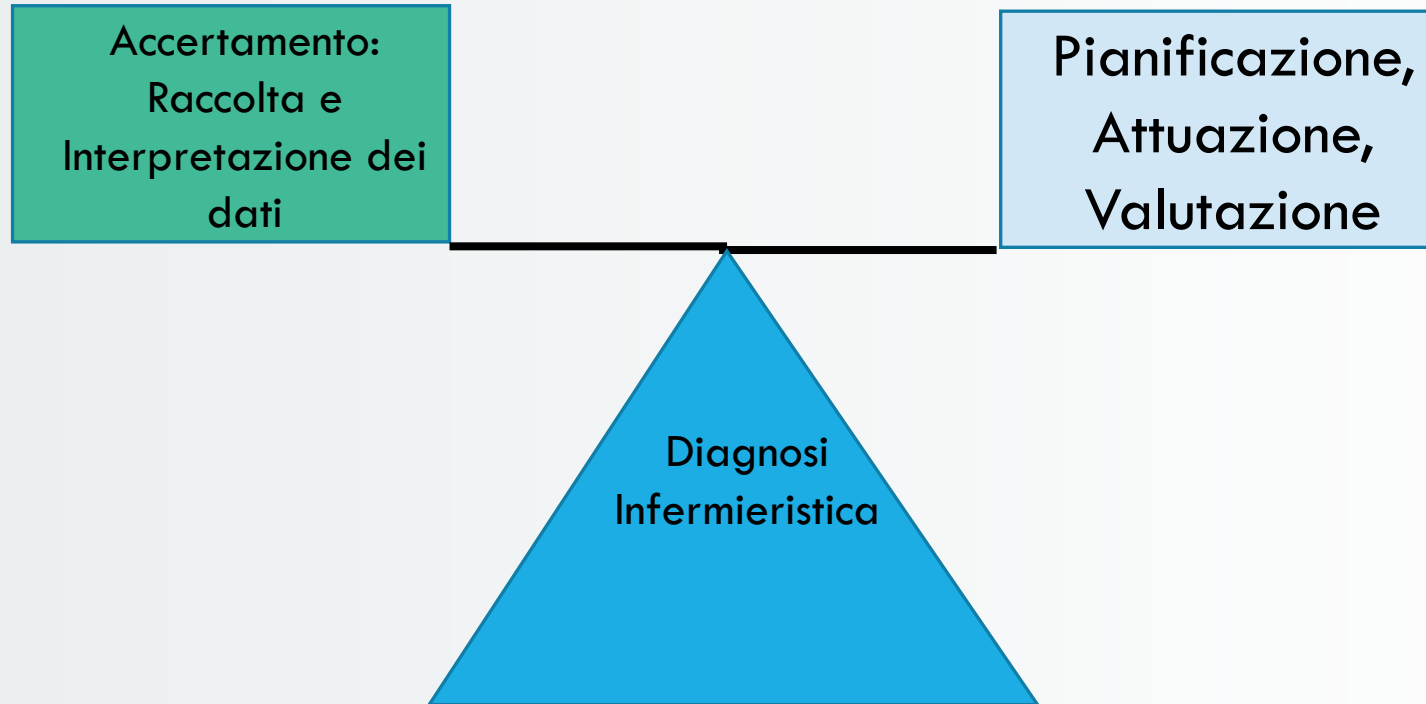
REGISTRAZIONE

- Si registrano **Segni** e **Sintomi**, non le inferenze (non il significato attribuito!)
- NON utilizzare forme vaghe (buono, adeguato, tollerato)



CARTELLA INFERMIERISTICA


2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA




PROCESSO DI NURSING SECONDO NANDA

- A partire dal 1975 negli U.S.A. è iniziato un sistematico lavoro di classificazione dei problemi assistenziali promosso dagli infermieri clinici, docenti e ricercatori .
- Hanno costituito una associazione , che ha coinvolto anche gli infermieri del Canada ; NANDA “North American Nursing Diagnosis Association”

Perché il metodo NANDA ?

- 
- Identifica obiettivi della persona in cura
 - Descrive in modo sintetico dello stato di salute
 - La teoria generale di riferimento è la visione olistica dell'uomo
 - Non viene scelta una teoria del nursing : ogni teoria esprime concetti importanti ma manca spesso di indicazioni operative specifiche
 - E' un metodo sovranazionale
 - E' stato richiesta l'approvazione dell'OMS
 - Metodo percettivo e scientifico



L'utilizzo di una tassonomia universale permette di definire la specifica competenza professionale, fare riferimento a un determinato problema, eliminare ambiguità, condurre ricerche: ad oggi quella più utilizzata nel mondo è la North american nursing diagnosis association (NANDA).



Le Diagnosi Infermieristiche

- Cosa sono?
- Cosa determinano?
- Perché?



DIAGNOSI INFERMIERISTICA

- La D.I. è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali.
- La D.I. costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile

Perché le Diagnosi Infermieristiche?

- Chiara definizione del campo materiale della disciplina
- Linguaggio univoco per comunicare all'interno e all'esterno della professione
- Si può definire il campo di ricerca infermieristica
- Vi è la possibilità di analisi epidemiologiche
- Dà struttura logica allo studio
- Vi è la possibilità di valutazione economica e di codifica per uso informatico



Problemi collaborativi

- Le D.I. vanno distinte dai problemi collaborativi, aree di interesse infermieristico sulle quali però la decisione primaria spetta ad altre professioni
- FUNZIONE BIFOCALE dell'infermieristica :
- AUTONOMA
- COLLABORATIVA



TIPOLOGIE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

- REALI
- DI RISCHIO
- A SINDROME
- DI BENESSERE

Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

La catalogazione delle D.I. prevede:

- Un titolo
- Una Definizione
- Le Caratteristiche Definenti
- I Fattori Correlati



D.I. REALI

- Condizione della persona o della famiglia o della collettività che è stata convalidata dai dati raccolti dall'accertamento.

D.I. REALI

TITOLO

- La classificazione delle D.I. è composta da un elenco di titoli diagnostici
- Il NANDA ha indicato 104 D.I. reali
- Contiene 2- 3 termini
- Comprende un QUALIFICATORE : alterato, deficit di, inefficace, eccesso di, compromesso
- L'altro termine richiama il modello funzionale della salute o le componenti del modello stesso

DEFINIZIONE

- Breve frase che specifica in modo più analitico la condizione reale della persona o della famiglia o della collettività.

ES. mobilità compromessa

Lo stato nel quale la persona ha una limitazione del movimento senza essere immobile

caratteristiche DEFINENTI

- ✓ Cluster di segni e sintomi riscontrati dall'accertamento

2 gruppi

- ✓ maggiori
riscontrati 80% - 100% dei casi
- ✓ minori
riscontrati 50% - 79% dei casi
- ✓ Ricerca clinica italiana ?

FATTORI CORRELATI



Cause principali

1. Effetti fisiopatologici, biologici e psichici
2. Trattamenti
3. Situazionali: ambientali e esperienze personali

DIAGNOSI DI RISCHIO

- Giudizio clinico in base al quale una persona , una famiglia o una comunità è **più vulnerabile nei confronti di un certo problema rispetto ad altre** (persone,ecc) in condizioni uguali o simili
- Rischio, rischio elevato
- Componenti: titolo, definizione, fattori di rischio (= fattori correlati per D.I. reali)
- Non presenti le caratteristiche definenti
- Derivante dalla funzione assistenziale –preventiva dell'infermiere

DIAGNOSI DI BENESSERE

- Giudizio clinico relativo a persona , famiglia o comunità che **ha le potenzialità per mantenere o aumentare il proprio stato di benessere**
- Si formula anche a persone affette da patologia che dimostrano e/o dichiarano di convivere positivamente con la propria situazione
- Si formula alle persone che hanno come valore : l'autonomia possibile, l'autocura, l'incremento delle proprie potenzialità
- 7 D.I. DI BENESSERE nella tassonomia NANDA

DIAGNOSI DI SINDROME



- Giudizio clinico relativo a persona che racchiude più diagnosi infermieristiche reali o di rischio legate ad una certa circostanza clinica
- es. SINDROME DELL'ANZIANO FRAGILE
- es. SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

DIAGNOSI O PROBLEMI COLLABORATIVI?



ACCERTAMENTO

**IDENTIFICAZIONE DI UN
PROBLEMA**

L'INFERMIERE HA AUTONOMIA NELLA GESTIONE DEL PROBLEMA?

SI

NO

Diagnosi Infermieristica

Problema Collaborativo

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI - RISULTATI

- Il risultato rappresenta l'**OBIETTIVO** che voglio che l'assistito raggiunga.
- L'obiettivo, o risultato atteso, può riguardare il **MANTENIMENTO** dello stato di salute ottimale o attuale (nelle D.I. di Rischio e nei P.C.) o il **MIGLIORAMENTO/SCOMPARSA** del problema individuato (nelle D.I. Reali e nei P.C.).
- Utilizzare la terminologia **NOC** (Nursing Outcome Classification)

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI - RISULTATI

- Stabile le **PRIORITA'**
- Indicare se l'obiettivo è a BREVE o LUNGO termine
- Definire un arco di tempo definito (24-48-72 ore) piuttosto che essere generici («entro la dimissione»)
- Utilizzare i Criteri di risultato (MISURABILI e con scale VALIDATE). Utilizzare dei criteri oggettivi, validati, permette confronti pre-post intervento

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI - RISULTATI

Enunciazione:

- A) **Soggetto (pz o inf)**
- B) **Verbo d'azione**
- C) **Criteri del Risultato**
- D) **Tempo**

Esempio:

L'assistita riferirà 3
come punteggio nella
scala **NRS** del dolore
entro 1 ora dalla
somministrazione della
terapia analgesica

INTERVENTI

«Qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito»

Si suddividono in: **autonomi (NIC), dipendenti, interdipendenti**

INTERVENTI



1) Data della
prescrizione

2) Soggetto

3) Verbo
d'azione

4) Qualificatori
descrittivi

5) Tempi
specifici

6) Firma

ATTUAZIONE INTERVENTI

«Fase in cui l'infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento dei risultati attesi dell'assistito»

L'attuazione è composta da: **AGIRE,**
DELEGARE, REGISTRARE

ATTUAZIONE

1) Preparazione dell'infermiere.

Sono preparato ed esperto? Attuo

Non sono esperto o non ho mai visto la procedura/attività? Chiedo supervisione di un collega esperto

2) Preparazione dell'assistito.

Serve ancora la procedura?

L'assistito è pronto a ricevere la procedura?

Spiegare la procedura!

3) Preparazione del materiale

«**Attribuire** l'attività a un'altra persona (OSS), si mantiene la RESPONSABILITA'»

«**Delegare** è trasferire da una persona a un'altra la responsabilità dell'attività»

QUANDO/COSA/COME REGISTRARE?

QUANDO:

Data e ora di ogni annotazione
Dopo ogni risposta dell'assistito
Non documentare gli interventi prima del loro compimento
Ordine cronologico

COSA:

Quello che hai svolto TU
Note veritiere e corrette
Registrare le inferenze, opinioni
Non usare termini pregiudiziali
Registrare dati rilevanti e importanti
Sintesi
Esaustività

COME:

Se a penna inchiostro scuro
Grafia leggibile in stampatello
In italiano
Evita abbreviazioni, acronimi
Firmare
Tracciare errori con la riga

VALUTAZIONE



- «Verificare l'andamento dell'assistito verso gli obiettivi di salute, l'efficacia del piano di trattamento e la qualità dell'assistenza erogata»
- Si effettua attraverso **STANDARD** e **CRITERI** specifici, di spessore, validati
- Si divide in: valutazione **CONTINUA** (dopo l'intervento) e **FINALE** (alla dimissione)

VALUTAZIONE

1) Riesaminare i risultati attesi

2) Raccogliere dati di valutazione

3) Confrontare le condizioni con i risultati attesi

4) Enunciare la valutazione

5) Correlare gli interventi infermieristici

Stessi criteri nella pianificazione dei Risultati

Accertamento mirato

Trarre conclusioni

Raggiunto/
Parz. Raggiunto/
Non Raggiunto

VALUTAZIONE



RISULTATO
RAGGIUNTO



Mantenere lo stato di salute.
Piano di assistenza riuscito

RISULTATO
PARZIALMENTE
RAGGIUNTO



Rivalutare gli obiettivi e gli
interventi.
Eeguire nuovo accertamento

RISULTATO NON
RAGGIUNTO



Effettuare nuovo accertamento e
processo assistenziale –
VALUTAZIONE CRITICA

Definizioni

Erosione: lesione elementare secondaria alla rottura di vescicole, pustole o bolle, caratterizzata dalla perdita circoscritta della sola epidermide. Guarisce senza esiti.

Escoriazione: soluzione di continuo dell'epidermide e del derma superficiale, spesso lineare, di natura traumatica (grattamento), che non lascia esiti cicatriziali.

Ulcera: perdita di sostanza che interessa epidermide, derma e talvolta ipoderma, con scarsa tendenza alla guarigione. È una lesione ben delimitata, di forma e dimensioni variabili. È definita terebrante quando è estesa sia in superficie che in profondità e fagedenica quando si allarga rapidamente con tendenza alla necrosi tissutale.

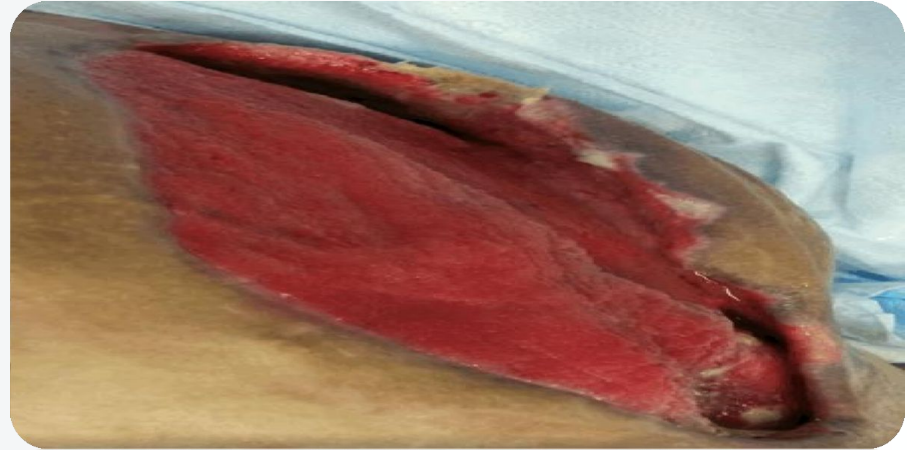
Piaga: lesione che manifesta la tendenza alla riparazione spontanea.

Ferita: difetto di continuità della cute e dei tessuti molli conseguente ad un traumatismo locale o atto chirurgico

Ferite acute: definizione temporale

Sono generalmente dovute ad una procedura chirurgica o ad un evento traumatico sia esso meccanico, termico o chimico e progrediscono attraverso una serie di eventi che conducono alla guarigione finale della lesione con restitutio ad integrum.....

entro 6/8 settimane



Per lesione difficile, ulcera cutanea, lesione cronica, in genere si intende:

Una lesione che non guarisce e non progredisce attraverso le normali fasi della guarigione quali:

infiammazione, proliferazione, rimodellamento.

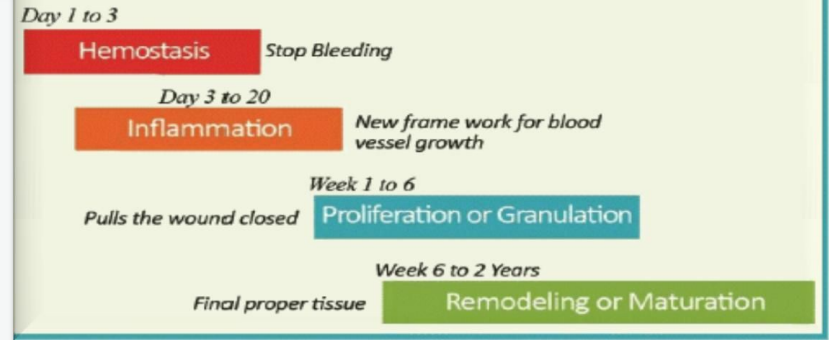
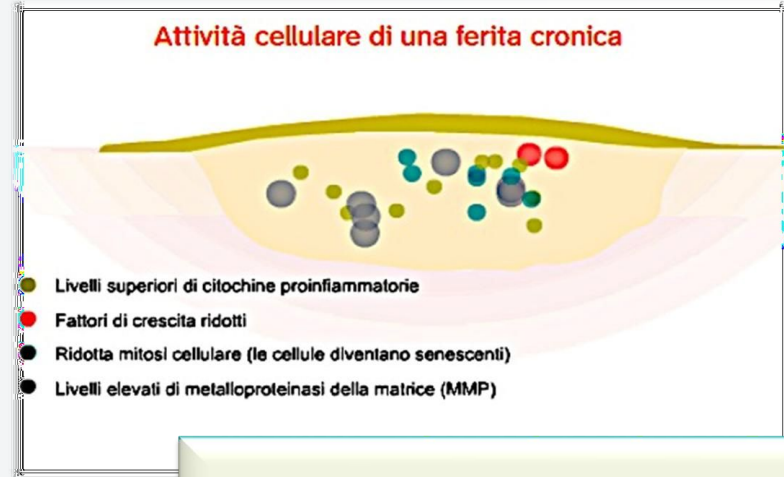
- Le lesioni cutanee croniche sono aree di sostanza dermo-ipodermica che non dimostrano alcuna tendenza alla riparazione spontanea.
- Sono sempre sostenute da una patologia sottostante

In termini di tempo, l'ulcera difficile non guarisce entro le fisiologiche 6/8 settimane.

Blunt J (2001) Wound cleansing: ritualistic or research-based practice Nursing Standard. 16, 1, 33-36

Pertanto, una lesione cronica differisce nei processi di guarigione da una acuta per la persistenza di uno **stimolo pro-infiammatorio**, spesso causato da uno o più dei seguenti fattori:

- trauma ripetuto
- ischemia tessutale locale
- tessuto necrotico
- Infezione batterica
- disgregazione del tessuto






LDP

Con lesione da pressione, seguendo la definizione dell'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) s'intende una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio.

Quando un tessuto molle si trova compresso fra una prominenza ossea (ad es. trocantere, sacro, occipite, talloni, gomiti, caviglie, padiglione auricolare ecc.) ed una superficie esterna (ad es. materasso, sedia, carrozzina, ecc.) per un periodo di tempo prolungato che varia da soggetto a soggetto, i vasi sanguigni di quell'area collabiscono e si verificano dapprima ischemie e rossori, fino ad arrivare alla morte di tessuto (necrosi).

stadiazione EPUAP



Per una corretta gestione delle lesioni da pressione è fondamentale prenderne in considerazione le caratteristiche (localizzazione, colore, dimensioni, quantità di essudato, tipo di tessuto, odore, bordi) e considerare lo stato della cute peri-lesionale (eritema, edema, indurimento, macerazione).

Categoria/stadio 1: la cute risulta ancora intatta, ma alla digitopressione l'eritema non è reversibile e segnala il rischio degenerativo.

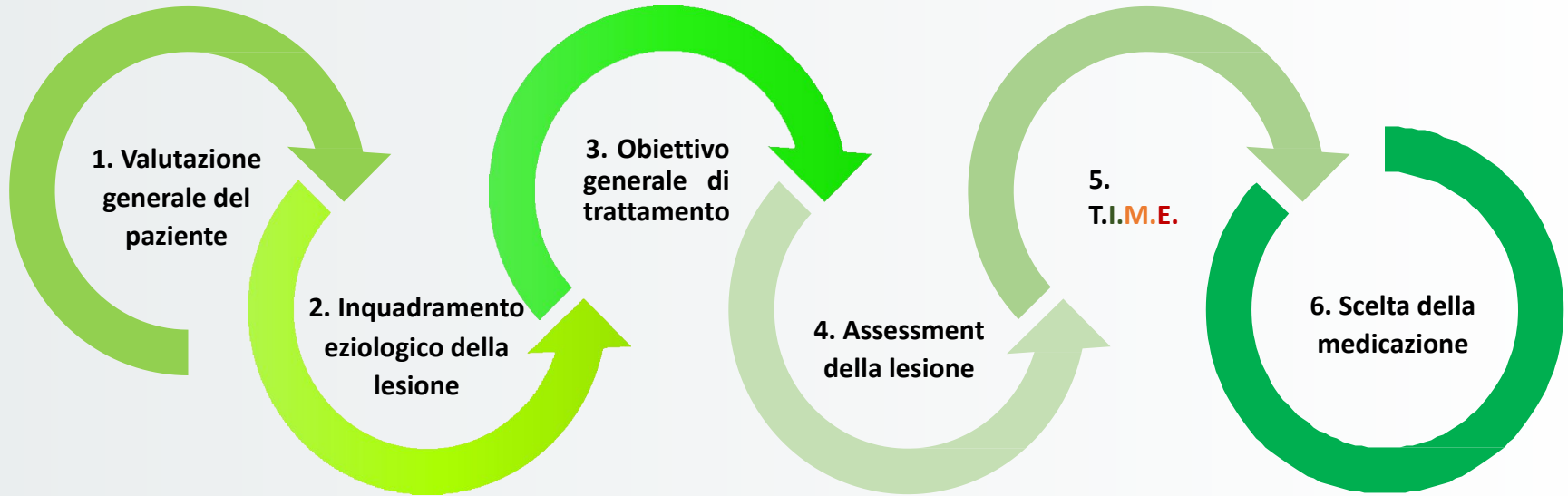
Categoria/stadio 2: lesione superficiale priva di slough (abrasione, vescicola o cratere poco profondo) che coinvolge l'epidermide e, in alcuni casi, il derma.


Categoria/stadio 3: lesione profonda e cavitaria, implica danno o necrosi sottocutanea e può estendersi fino alla fascia muscolare, senza attraversarla. Può includere slough, tratti sotto-minati e tunnellizzazione.

Categoria/stadio 4: lesione caratterizzata da distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa e/o tendini. Può includere slough o escara e frequenti sono sottominatura e tunnellizzazione.

Non stadiabile: la profondità della lesione, essendo totalmente coperta da slough (di colore giallo, beige, grigio-verde) o da escara (di color marrone-nero), è impossibile da determinare.

Per capire qual'è l'obiettivo da perseguire è
necessario seguire degli STEP





1.
Valutazione
generale del
paziente

Anamnesi familiare:

- Fattori di rischio genetici, ambientali, eventuali predisposizione familiare

Anamnesi patologica remota

Anamnesi personale/ sociale /psichica/ economica

Anamnesi farmacologica

**LA VALUTAZIONE MEDICA DEL PAZIENTE E' UN ATTO
IMPRENSCINDIBILE, INDISPENSABILE PER CHIARIRE L'EZIOLOGIA DI LESIONE**

oltre a PARAMETRI VITALI, ESAME OBIETTIVO





Dopo questi passaggi **fondamentali** possiamo passare **all'assessment della lesione**.... Ma ricordiamoci di **Documentare!!!**



L'assessment della lesione è volto a raccogliere informazioni in merito alla storia dell'ulcera, alla localizzazione delle lesioni, alla cute perilesionale, ai bordi e margini, al fondo dell'ulcera, all'essudato, all'odore e al dolore.....



4. Assessment
della lesione

Storia dell'ulcera:

Wound question

- Quando è insorta la lesione
- Come è insorta
- È insorta in concomitanza dell'utilizzo di un dispositivo?
- Ci sono eventi correlati all'insorgenza della lesione?
- Sono presenti, dolore, bruciore, prurito?
- Aveva già avuto altre lesioni ? Se sì, dove erano localizzate?
- La lesione ha indotto deficit funzionali?
- Ha cambiato in maniera significativa il suo modo di vivere?



Valutazione: quale obiettivo?



Quali strumenti? cartella clinica, cartella infermieristica, scala valutazione.....

L'IMPORTANZA DEL GIUDIZIO CLINICO

Strumenti per l'accertamento infermieristico

- **Accertamento infermieristico su Log 80**
- **Accertamento infermieristico in cartaceo**
Cartella infermieristica
AUSL Romagna

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> | <p>Cartella infermieristica AUSL della Romagna</p> | <p>Rev. 00 23/09/2020</p> <p>S PA 243_07 Pagina 1 di 4</p> |
|---|--|--|

QUADRO VULNOLOGICO GENERALE

Dati anagrafici

Cognome e nome _____ N° tel. _____

Data di nascita _____ Codice Paziente _____

Specialista inviante _____ MMG _____

Autorizzazione all'esecuzione di fotografie: No Sì Firma paziente _____

Valutazione iniziale:

Data presa in carico _____ Firma infermiere _____

Data chiusura _____

per: guarigione altro _____

Possibili fattori contribuenti al ritardo nella guarigione:

Malnutrizione Obesità Diabete Incontinenza Immobilità Infezione

Età avanzata Altro _____

Altre patologie _____

Tp anticoagulante: No Sì, tipo _____

Allergie a farmaci: No Sì, quale/i _____

Allergie a medicinali: No Sì, quale/i _____











Care Giver presente: No Sì, chi _____

Compliance del paziente al piano di trattamento: Sì No _____

Anamnesi

Strumenti per la valutazione delle lesioni cutanee

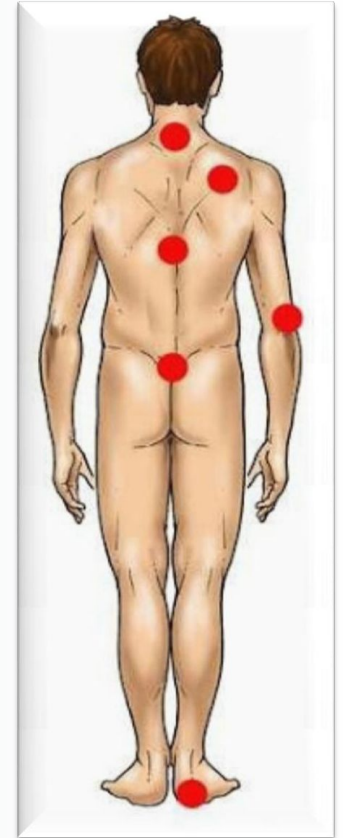
- *Scala Push tool 3.0*
- *Scala BWAT presente su Log 80 e in cartaceo*

|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna DIREZIONE SANITARIA | | Scala BWAT modificata | | | | Rev. 00 23/09/2020 § PA 245_04 Pagina 2 di 8 | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|------|------|------|------|------|
| Scala di valutazione BWAT (punteggio) | | | | | | Data | Data | Data | Data | Data | Data |
| ITEM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | |
| | Riportare in questa casella la lettera di riferimento della lesione  | | | | | | | | | | |
| Dimensioni | < 4 cm ² | 4-16cm ² | 16,1-36 cm ² | 36,1-80 cm ² | >80cm ² | | | | | | |
| Profondità | Epidermica | Epidermale/dermica | Danno sottocutaneo fino a fascia muscolare senza attraversata | Necrosi da tessuto non vitale | Estesa a muscolo osso/strutture di supporto | | | | | | |
| Margini /borde | Indistinti | Adesi alla lesione | No adesi | Ipessiti/mucroni arrotondati | Fibrotici/callusi/ipercheratosici | | | | | | |
| Sottominutatura | No | <2cm | 2-4cm: 50% | 2-4cm: 50% | >4cm / tumefazione | | | | | | |
| Tipo di tessuto non vitale | No | Sitnah non adeso | Sitnah adeso | Necrosi molle | Escara | | | | | | |
| Quantità di tessuto non vitale | No |  |  |  |  | | | | | | |
| | | < 25% | Dal 25% al 50% | Dal 50% al 75% | Dal 75% al 100% | | | | | | |
| Tipo di cascato | Nessuno | Sanzigmo | Siero/angue | Siero/fluido scappato chiaro | Può filare o dirmo beige/giallo/alm, opaco, torbido con o senza odore | | | | | | |
| Quantità di cascato | Assente (<5gr) | Scarno (4gr) | Leve (3gr) | Mediano (2 gr) | Alfondate (<1gr) | | | | | | |
| Cute periferionale (4 cm dai bordi) | Rosa | Rosso sbiancante | Iperpigmentazione | Rosso non sbiancante | Iperpigmentazione | | | | | | |
| Edema tessuto periferiali (4 cm dai bordi) | No edema | Edema no fovea<4cm dal margine | Edema no fovea<4cm dal margine | Edema e fovea<4cm | Edema e fovea<4cm | | | | | | |
| Indurimento tessuto | No | < 2cm | 2-4cm esteso <50% | 2-4cm esteso >50% | >4cm ovunque | | | | | | |
| Tessute granulatione | Cute integra o lesione a spessore grande |  |  |  |  | | | | | | |
| | | Brillante, rosso vivo, occupa dal 75% al 100% | Brillante, rosso vivo, occupa >25% della lesione | Rosso c/o rosso opaco, scuro c/o oculto < 25% | Nessun tessuto di granulatione presente | | | | | | |

4. Assessment della lesione

Sede anatomica e forma

I primi elementi che si ricavano dall'osservazione di una lesione cutanea sono la sede anatomica e la forma che possono fornire un indizio generico circa l'eziologia dell'ulcera



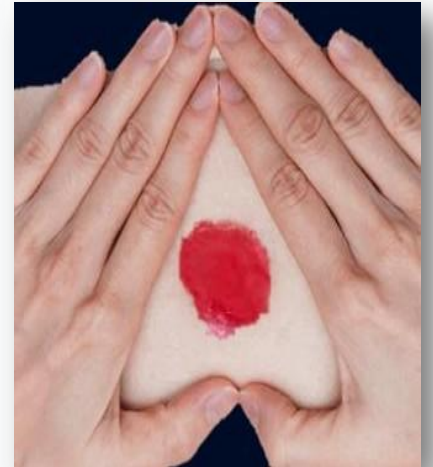
Cute perilesionale

Si intende la porzione di cute che si estende per 10 cm oltre il margine della lesione.

“Spesso si sottovaluta l’impatto che una appropriata cura della cute perilesionale ha sulla guarigione della lesione”

Cosa valutare ?

Integrità, temperatura, colore, idratazione,
secchezza, edema, spessore



Cute perilesionale

4.

Assessment
della lesione



Edema

Iperpigmentazione

Atrofia bianca

Xerosi

Eczema

Macerazione

Eritema

Bordi e margini

La valutazione dei margini/bordi della lesione è importante perché può offrire informazioni sull'attività della lesione ed essere la spia di alcune complicanze

E' importante non confondere i **margini** con i **bordi**. Tutte le lesioni hanno un margine, ma non è detto che abbiano un bordo. Solo le lesioni che presentano una certa profondità hanno un bordo



Scala BWAT

| | | | | | |
|-----------------------|------------|----------------------|--|-----------------------------------|---|
| Profondità | Eritema | Epidermide/ derma | Danno sottocutaneo fino a fascia muscolare senza attraversarla | Nascosta da tessuto non vitale | Estesa/muscolo osso/strutture di supporto |
| Margini /bordo | Indistinti | Adesi alla lesione | No adesi | Ispessiti/macerati arrotolati | Fibrotici/callosi/ ipercheratiosi |
| Sottominatura | No | <2cm | 2-4cm< 50% | 2-4cm> 50%. | >4cm / tunnellizzazione |



Fondo di lesione

4. Assessment
della lesione

Parametro che definisce
l'obiettivo di primaria importanza
in termini di atteggiamento
terapeutico.

LESIONE NERA - NECROTICA (escara stabile -
escara instabile)












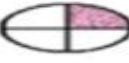
LESIONE VERDE (infetta!!!)

LESIONE GIALLA (slough)

LESIONE ROSSA (riepitelizzazione)

LESIONE ROSA (epitelizzazione)

Scala BWAT

| Tipo di tessuto non vitale | No | Slough non adeso | Slough adeso | Necrosi molle | Escara |
|---|--|---|--|---|--|
| Quantità di tessuto non vitale | No |  < 25% |  Dal 25% al 50% |  Dal 50% al 75% |  Dal 75% al 100% |
| Tipo di essudato | Nessuno | Sanguigno | Siero/sangue | Siero/fluido acquoso chiaro | Pus fluido o denso beige/giallastro, opaco, torbido con o senza odore |
| Quantità di essudato | Assente (>5gg) | Scarso (4gg) | Lieve (3gg) | Moderato (2 gg) | Abbondante (<1g) |
| Cute perilesionale (4 cm dai bordi) | Rosa | Rosso sbiancante | Ipopigmentazione | Rosso non sbiancante. | Iperpigmentazione |
| Edema tessuti periferici (4 cm dai bordi) | No edema | Edema no fovea<4cm dal margine | Edema no fovea≥4cm dal margine | Edema e fovea<4cm | Edema e fovea>4cm |
| Indurimento tessuto | No | < 2cm | 2-4cm esteso <50% | 2-4cm esteso >50% | ≥4cm ovunque |
| Tessuto granulazione | Cute integra o lesione a spessore parziale |  Brillante, rosso vivo; occupa dal 75% al 100% della lesione |  Brillante, rosso vivo; occupa <75% >25% della lesione |  Rosa e/o rosso opaco, scuro e/o occupa ≤ 25% della lesione |  Nessun tessuto di granulazione presente |
| Epitelizzazione | Superficie completamente riepitelizzata |  dal 75% al 100% per 0,5 cm dal margine |  dal 50% al 75% per 0,5 cm dal margine |  dal 25% a < 50% |  Meno del 25% |

4. Assessment
della lesione

Fondo di lesione

Le lesioni spesso presentano diversi tipi di tessuto che comprendono più colori.....bisogna sempre agire sul ***segno prevalente***





4. Assessment
della lesione

Essudato

Odore

Dolore!!!

T

Tessuto necrotico o devitalizzato

La presenza di tessuto necrotico e/o devitalizzato ostacola la guarigione: impedisce la valutazione delle dimensioni, della profondità della lesione e delle strutture interessate al processo ulcerativo; è focolaio di infezione, prolunga la fase infiammatoria, ostacola meccanicamente la contrazione e disturba il processo di riepitelizzazione.

I

Infezione o infiammazione

L'infezione ostacola la guarigione della ferita contribuendo alla sua cronicizzazione; la continua presenza di microrganismi virulenti porta a una risposta infiammatoria massiccia e persistente e l'aumento di citochine e di attività proteasica, unito alla ridotta attività dei fattori di crescita, contribuisce a danneggiare l'organismo ospite.

M

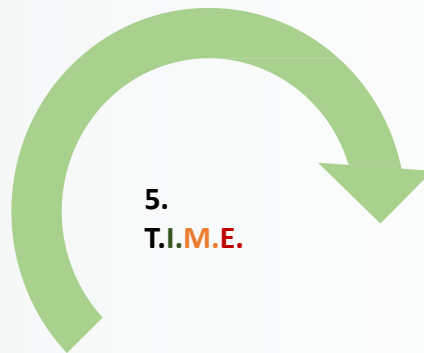
Macerazione o secchezza: squilibrio dei fluidi

La disidratazione cutanea rallenta la migrazione delle cellule epiteliali, mentre l'eccesso di essudato causa la macerazione dei margini della ferita e promuove un ambiente biochimico ostile che blocca l'azione dei fattori di crescita.

E

Epidermide: margini che non progrediscono sul letto della ferita

La mancata risposta agli stimoli dei fattori di crescita condiziona un arresto della proliferazione e della migrazione dei cheratinociti perilesionali, con conseguente mancata chiusura della lesione.



5.

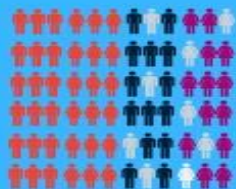
T.I.M.E.

#cronicità

Italiani affetti da patologie croniche

2018

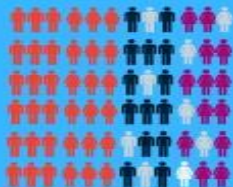
24
milioni



dei quali
12
milioni
con
MULTICRONICITÀ

2028

25
milioni



dei quali
14
milioni
con
MULTICRONICITÀ

Spesa del SSN per le cronicità

66,7
milioni

70
milioni

Cronicità più frequenti



IPERTENSIONE



ARTROSI / ARTRITE



OSTEOPOROSI



DIABETE



CUORE

I problemi principali

8 su 10 Si sente poco ascoltato da medici e parenti

6 su 10 Denuncia ritardi diagnostici

5 su 10 Ha difficoltà in ambito lavorativo

Distribuzione territoriale di longevità



Bolzano ✓

Calabria ✗

- affetti da cronicità

VALORE MIN

Le donne sono più soggette alle cronicità e alla multicronicità



+37%



+42,6%

Cause delle malattie croniche (OMS)

FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI

Età
Ereditarietà

FATTORI DI RISCHIO COMUNI MODIFICABILI

Alimentazione scorretta
Mancanza di attività fisica
Consumo tabacco

FATTORI SOCIO-ECONOMICI, CULTURALI, POLITICI E AMBIENTALI

Globalizzazione
Urbanizzazione
Invecchiamento popolazione

FATTORI DI RISCHIO INTERMEDI

Iperensione
Glicemia elevata
Anomalie lipidiche
Sovrappeso e obesità

caratteristiche delle cronicità



- Possiede una o più delle seguenti caratteristiche:
 1. è permanente
 2. tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile
 3. è causata da un'alterazione patologica non reversibile
 4. richiede una formazione speciale per il raggiungimento di una buona qualità della vita
 5. necessita di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura.

- *In Europa, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo.*
- *La cronicità è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità.*
- *In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.*

cronicità e comorbidità



- Fenomeno più frequente con il progredire dell'età
- Indica la coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo
- Il termine può riferirsi a due o più patologie che coesistono simultaneamente ma indipendentemente l'una dall'altra, oppure riferirsi a patologie che compaiono secondariamente all'insorgenza di una patologia di fondo (es. disturbi all'apparato visivo e diabete)
- L'assunzione di molteplici farmaci per curare le diverse patologie determina a sua volta un rischio elevato di causare patologie iatrogene
- *La c. è associata ad un > tasso di ospedalizzazione, ad una > durata di questa e alla comparsa di complicanze. Inoltre incrementa il rischio di mortalità e disabilità*
- *La c. produce sulla persona anziana/sua famiglia effetti che si ripercuotono significativamente sulla ql della vita: un + rapido decadimento funzionale e psichico, la compromissione dell'autonomia nello svolgere le ADL/IADL e la perdita di autosufficienza sono tra le cause principali di un > ricorso all'istituzionalizzazione*

32,3%

**Quota di popolazione
over 65 con gravi
patologie croniche e
multimorbilità**

Tra gli over 85 è il 47,7%

3,8mln

**Gli anziani con grave
riduzione dell'autonomia
nelle attività quotidiane di
cura personale oppure in
quelle della vita domestica**

1mln

**Gli anziani con
bisogno di assistenza
o ausili perché non
autonomi nella cura
della propria
persona**

La percentuale è del 6,9%

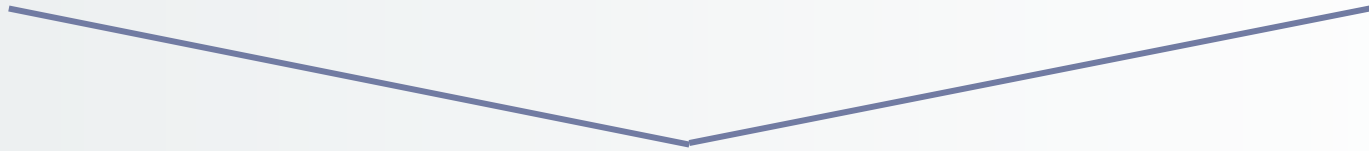
- Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento.
- Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute.
- Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute.
- Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per 1 anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica

Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza



- Le patologie più diffuse sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). Sono le prime patologie nella graduatoria per entrambi i generi. Seguono, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%), e per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e i problemi di incontinenza urinaria (13,7%).
- Rispetto al 2015, si rileva una lieve diminuzione della multimorbilità tra gli over75: dal 54,3% al 52,0%.
- Il 43,2% degli anziani di 65aa e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, BPCO, enfisema). La % scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due.
- Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la % di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).
- Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%).

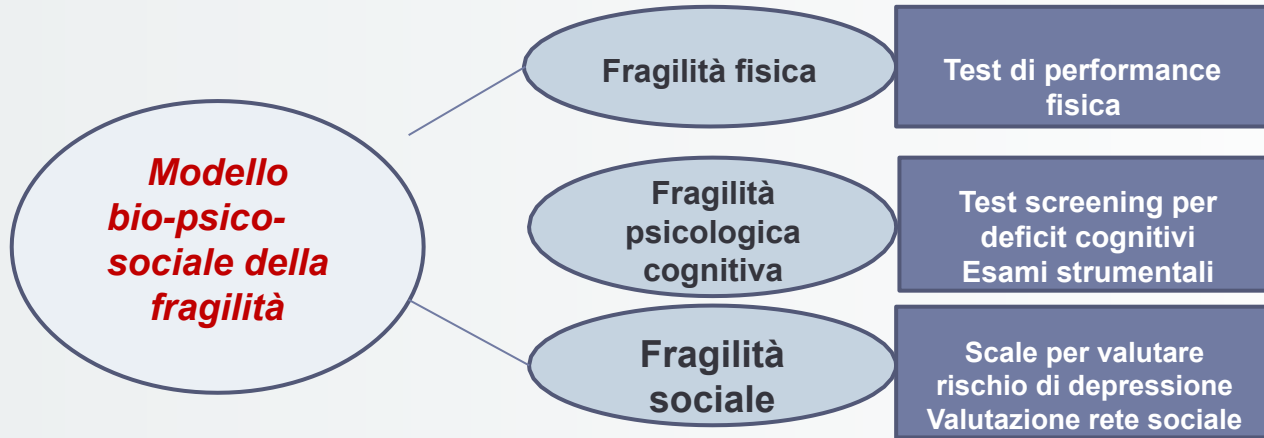
- La presenza di cronicità e di multimorbilità hanno un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle ADL/IADL e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani. Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un > rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva.
- La multimorbilità è solo una faccia della complessità assistenziale dell'assistito poiché influenzata da fattori *socio-economici, ambientali e culturali*, nonché dai comportamenti dell'assistito, tutti aspetti in grado di agire direttamente sullo stato di salute e sull'efficacia dei trattamenti (Safford et al., 2007)



Obv dell'assistenza alla cronicità:

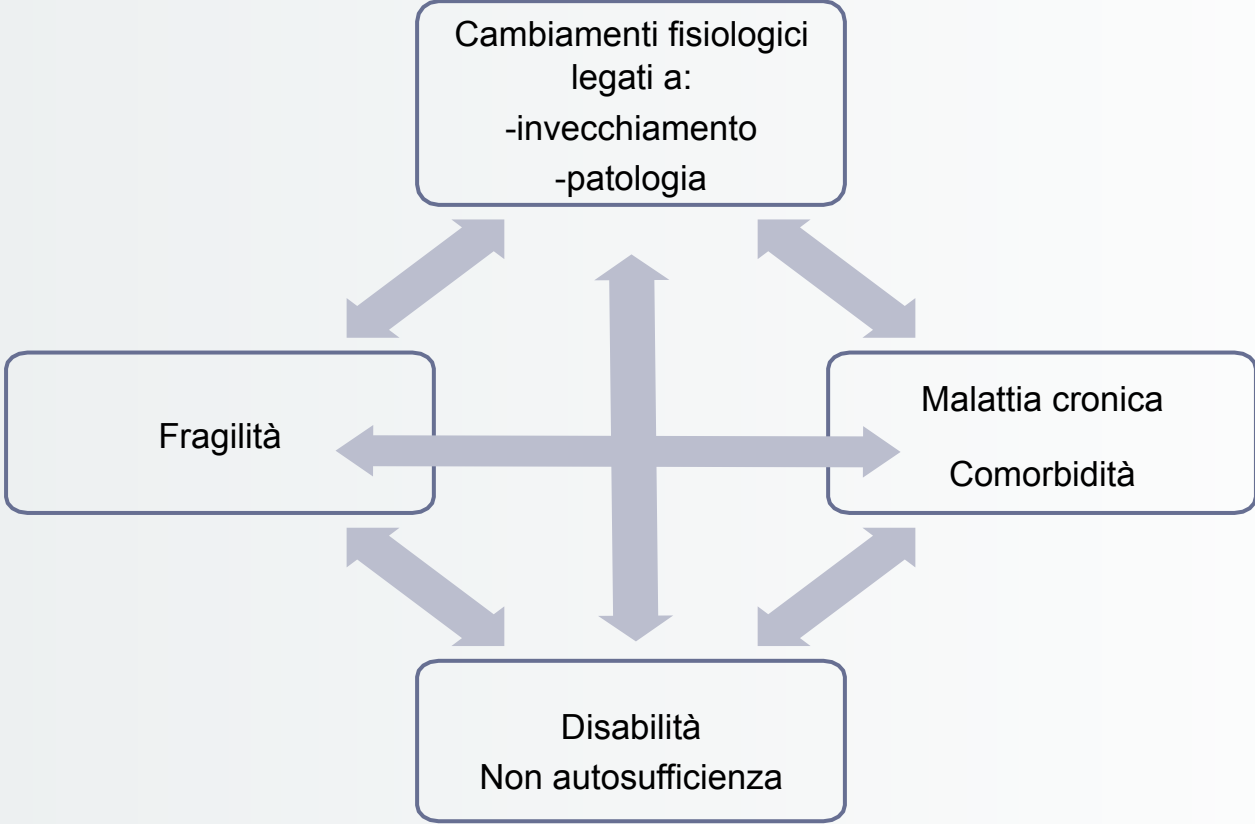
Migliorare lo stato funzionale della persona

Paradigma bio-psico-sociale



Nella persona anziana in cui è stato definito uno stato di fragilità, è necessaria una valutazione multidimensionale (VMD) di:

1. Stato funzionale (ADL/IADL)
2. Stato clinico
3. Funzioni cognitive e stato psico-affettivo
4. Trattamento farmacologico
5. Situazione socio-economico-ambientale
6. Preferenze individuali
7. Bisogni e valori dell'individuo



Questi cluster di cittadini, anche quando in discreto equilibrio di salute, manifestano la necessità di

Essere “accompagnati” nei percorsi socio-sanitari

Contare sulla continuità assistenziale



Supporto informativo, **educazione sanitaria**, addestramento e supervisione nella gestione delle piccole cure quotidiane secondo le logiche e il metodo dell'auto-cura = **empowerment**



Ciò impone ai servizi sanitari la ricerca di modelli in grado di agire sia sulla prevenzione che sul corretto trattamento delle malattie croniche e oncologiche.

In tal senso, la *stretta collaborazione tra ospedale e territorio* è riconosciuta come una ***strategia vincente per la completa presa in carico del paziente*** che porta ad efficaci risultati in termini di salute e di qualità di vita.



È necessario quindi “*ripensare*” l'ospedale e il territorio

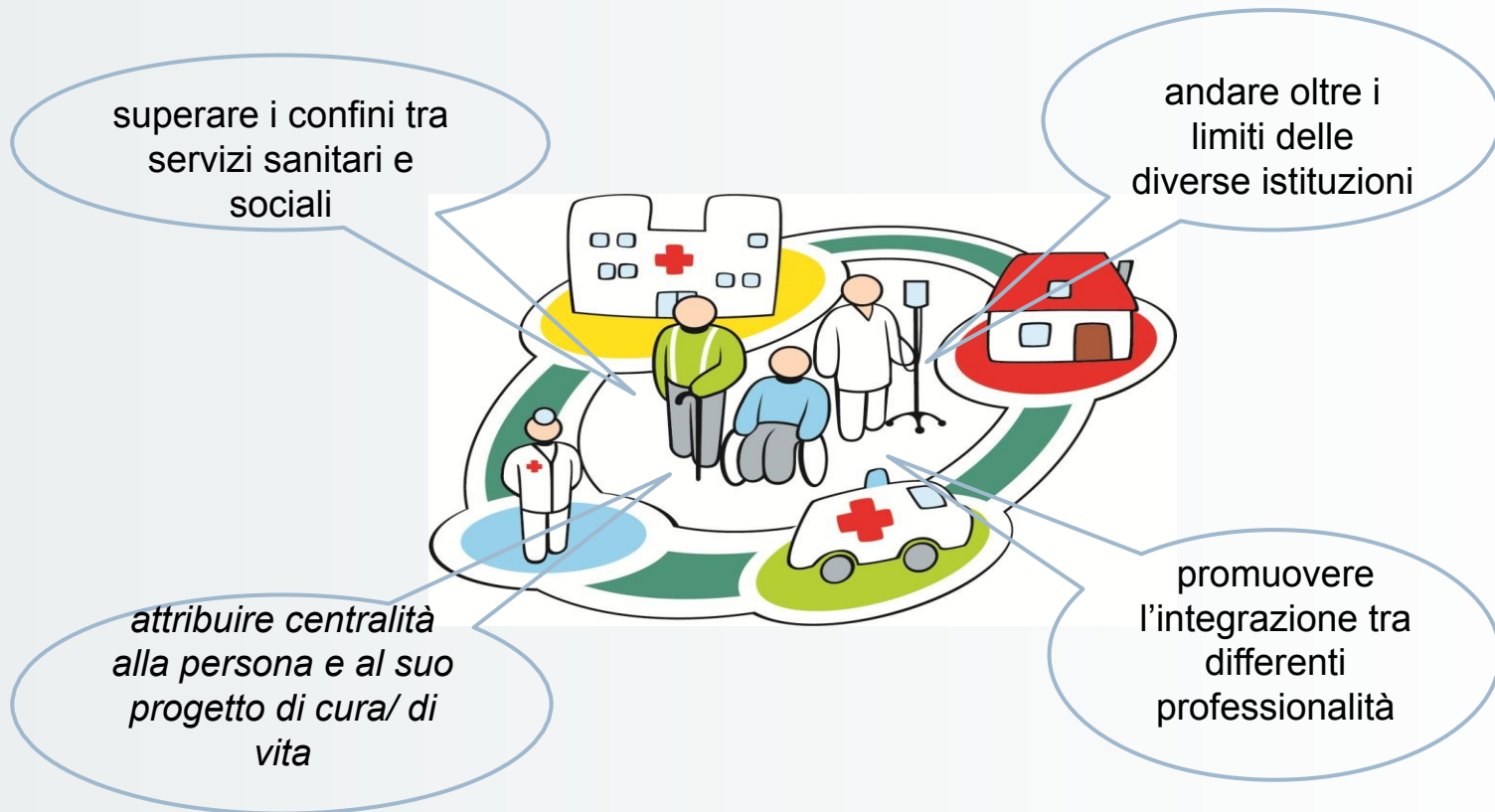
La prevalenza della risposta ospedaliera viene intesa come superata *a favore della domiciliarizzazione e dell'attivazione di luoghi socio-sanitari di prossimità* in cui un'équipe multiprofessionale possa fornire immediate risposte correlate ai bisogni espressi da quei cluster di popolazione.



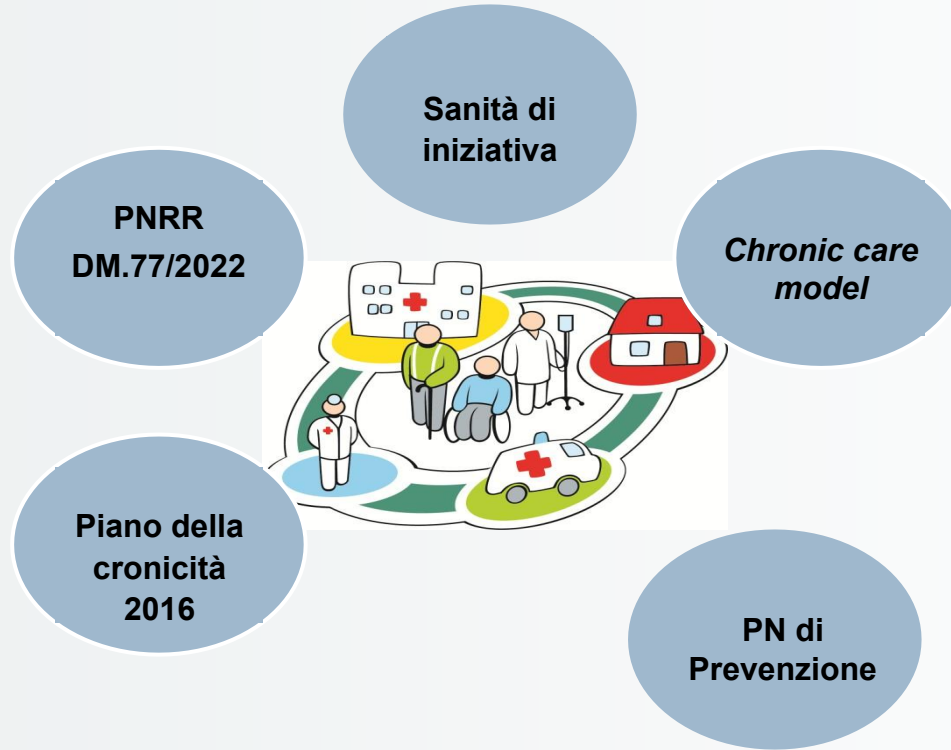
Decreto 23 maggio 2022, n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Si tratta di una *“sfida di sistema”* che deve



Nuovi paradigmi assistenziali



PN della prevenzione 2020-2025

- Strumento fondamentale di pianificazione centrale degli *interventi di prevenzione e promozione della salute*
- Rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*).
- Alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia, il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una **rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio**, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute, della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

Medicina di iniziativa

- Individuata per rispondere efficacemente:

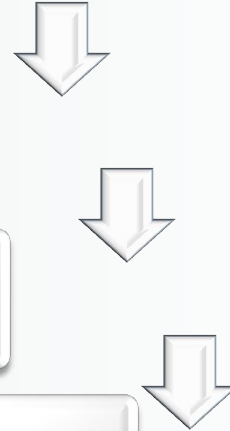
-

alla tendenza all'invecchiamento della popolazione che porta con sé

aumento della rilevanza delle patologie croniche

modificazione della domanda di assistenza

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE



Modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (*sanità di attesa*), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche su prevenzione ed educazione.

SANITA' DI ATTESA



Approccio reattivo
all'evento acuto

SANITA' DI INIZIATIVA



Approccio proattivo
e integrato

PRO-ATTIVO

“dinamico, energico, laborioso, colui che ha spirito di iniziativa”.

Identifica colui che non si limita a reagire agli eventi, ma cerca di prevenirli e anticiparli, prendendo l'iniziativa.

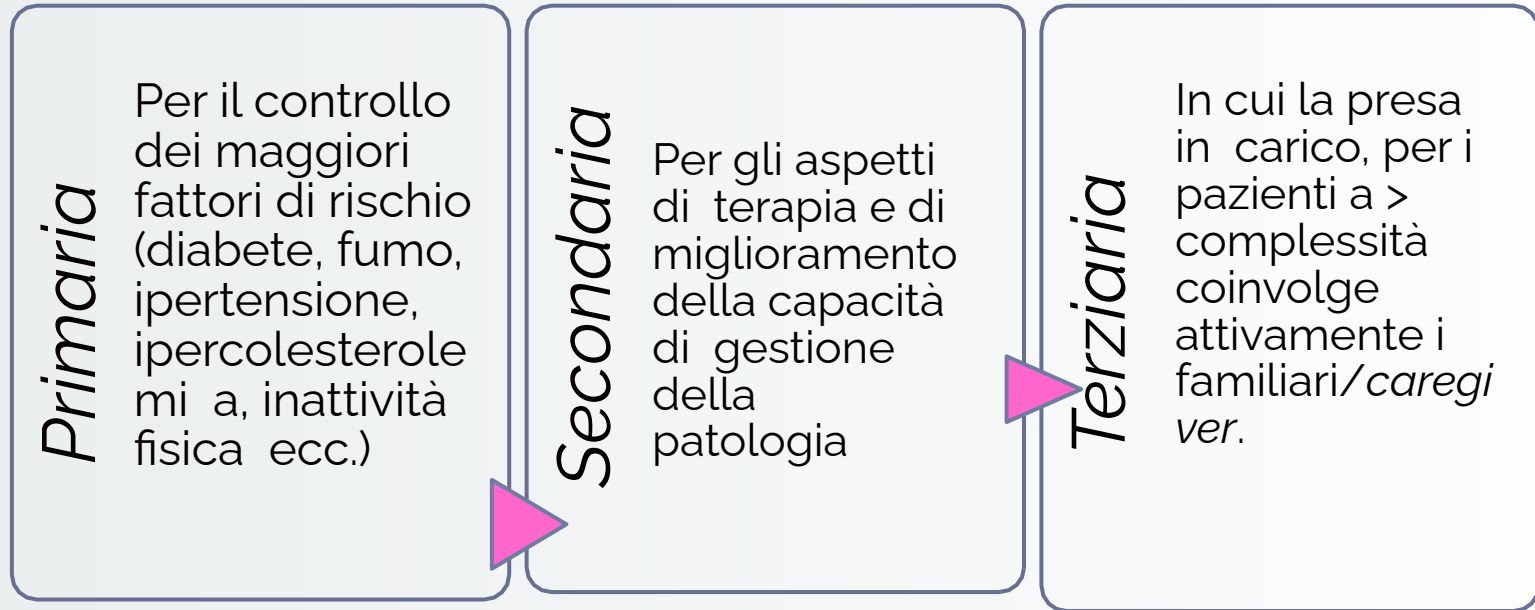
Obiettivi

1. Compressione della morbidità (= frequenza con cui una malattia si manifesta in una determinata popolazione di pz)
2. Educazione alla correzione degli stili di vita
3. Prevenzione e diagnosi precoce
4. Rallentamento della progressione della malattia e ritardo della comparsa delle complicanze
5. Personalizzazione delle cure

Principi

1. Epidemiologia della popolazione
2. Stratificazione del rischio per assicurare differenti livelli di intensità assistenziale a differenti livelli di rischio
3. Presa in carico dei bisogni e continuità assistenziale per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza
4. Richiamo attivo del paziente per eseguire periodicamente accertamenti ed esami
5. Prossimità della cura

La gestione della malattia è orientata ad un approccio di *prevenzione*:



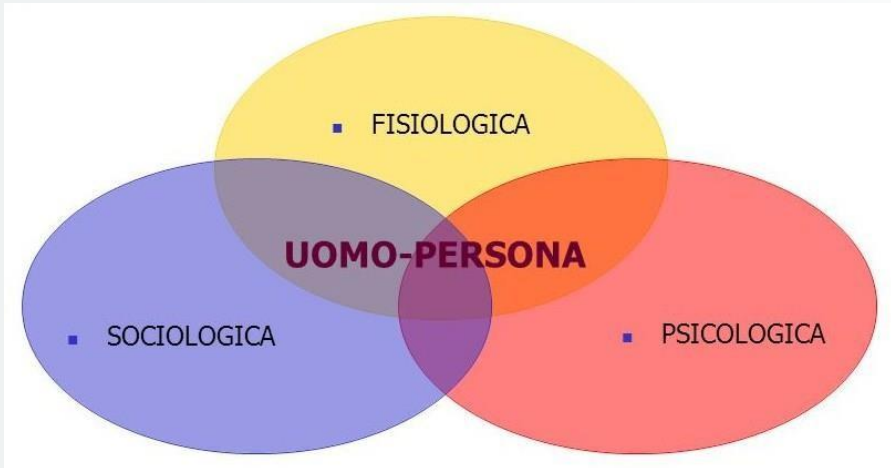
Differenti bisogni: malattia cronica vs malattia acuta

| Malattie acute | Malattie croniche |
|--|--|
| ■ Insorgenza improvvisa | ■ Insorgenza graduale nel tempo |
| ■ Episodiche | ■ Continue |
| ■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile | ■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile |
| ■ Cura specifica a intento risolutivo | ■ Cura continua, raramente risolutiva |
| ■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento | ■ Terapia causale spesso non disponibile |
| ■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute | ■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita |
| ■ Assistenza sanitaria di breve durata | ■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato) |

Approccio olistico

Modello bio-psico-sociale

- Fornisce una coscienza dell'indivisibilità dell'uomo e della forte integrazione che connaturano la dimensione biofisiologica, psicologica e socio-culturale degli individui.
- Queste tre componenti costituiscono un individuo unico e complesso e influenzano la relazione della persona con gli altri e con l'ambiente esterno.



| | Modello biomedico | Modello bio-psico-sociale |
|---|---|--|
| Definizione Salute | Stato normale e naturale del corpo umano (fisiologico) = normale funzionamento | Condizione individuale centrata su benessere fisico, psichico che si realizza sia all'interno del corpo, sia nella sua interazione con l'ambiente esterno |
| Dimensioni | Bio-fisiologica | Bio-fisiologica Psicologica Sociale |
| Salute vs Malattia | Entità oggettive e universali, individuate e misurate con procedure scientifiche intersoggettive | Entità soggettive prodotte dalla percezione della propria storia individuale, considerate come risultato dell'interazione strutturale uomo/ambiente |
| Assistenza sanitaria | Sistema sanitario fondato sulla struttura ospedaliera e sulla centralità del medico il quale diagnostica e guarisce la malattia (to cure) | Sistema sanitario fondato sulla centralità della persona assistita (personalizzazione) Assistenza assicurata da équipe interdisciplinari di operatori sanitari tutela della salute collettiva a livello territoriale |
| Natura dell'intervento sanitario | Tecnica | Relazionale Educativa Sociale |



- Il riferimento è il *Chronic Care Model*, che si basa sull'interazione proficua tra:
 - *paziente*, reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento
 - *team assistenziale*.



Il Chronic Care Model (CCM)

è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California.

Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio “proattivo” tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.

-
- Introdotto con il PSR 2008-2010 (Toscana), il CCM prevede un approccio che garantisce una **relazione proattiva operatore-pz**, che cerca di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità di attesa ad un concetto di sanità di iniziativa, quindi di prevenzione e formazione del paziente e del caregiver.
 - Passando da un modello concentrato sulla patologia, ad un **percorso integrato che prende in esame la persona nella sua complessità di malattie intercorrenti, storia personale e situazione sociale**, si è costruita una rete a più livelli di *interventi di promozione della salute e dei suoi determinanti*.

Rilevante beneficio economico-sociale

Investimenti mirati e relativamente contenuti.

Netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere

▶ > qualità di vita per i pazienti cronici

Il Chronic Care Model (CCM)

Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

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.

Il Chronic Care Model (CCM)

Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

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

Il Chronic Care Model (CCM)

Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

3. Il supporto all'auto-cura.

Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti.

Il Chronic Care Model (CCM)

Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

4. L'organizzazione del team.

La struttura del team assistenziale (MMG, inf., ecc.) deve essere modificata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. Il MMG tratta i pazienti acuti, interviene nei casi cronici complicati. L'infermiere è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti ed assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. La visita programmata è uno degli aspetti più significativi della nuova organizzazione.

Il Chronic Care Model (CCM)

Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

5. Il supporto alle decisioni.

L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono gli standard

Il Chronic Care Model (CCM)

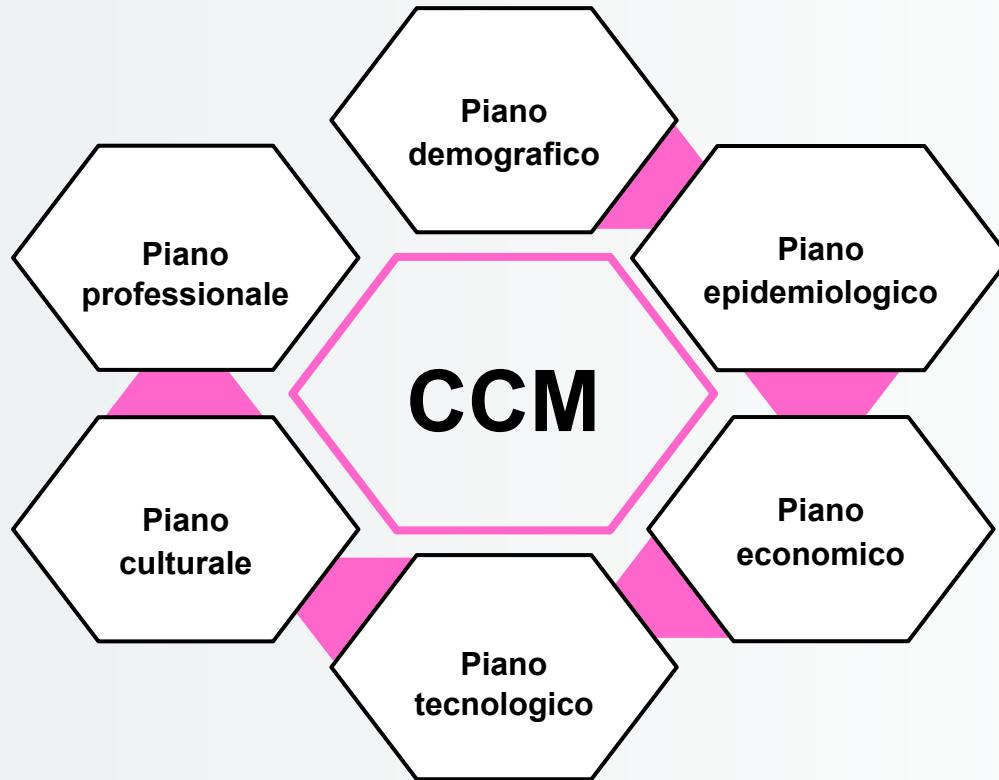
Queste le sei direttive sulle quali si muove il CCM:

6. I sistemi informativi

I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

1. come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
2. come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche;
3. come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti.

Elementi di contesto





se vuoi fare
un passo avanti,
devi perdere
l'equilibrio per un
attimo. massimo gramellini

