

INFERMIERE DEL TERRITORIO:
educazione, gestione locale, impatto
socio-assistenziale. Integrazione con
centro diabetologico e con medico di
medicina generale



Laura Stefanon

Innovazione Processi

Socio Assistenziali nelle Cure Primarie

AAS5 "Friuli Occidentale"



Diabetic Foot Italy
Gruppo interassociativo AMD - SID
podopatia diabetica



**6° Congresso Nazionale del Gruppo di Studio
della Podopatia Diabetica**

DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

Non ho alcuna rivelazione di interesse in merito a
questa relazione

AGENDA

- ◉ Contesto
- ◉ Stato dell'arte in AAS5 per la presa in carico nel territorio
- ◉ Fenomeno lesioni cutanee e piede diabetico
- ◉ Rete delle cure del wound care
- ◉ Criticità
- ◉ Opportunità

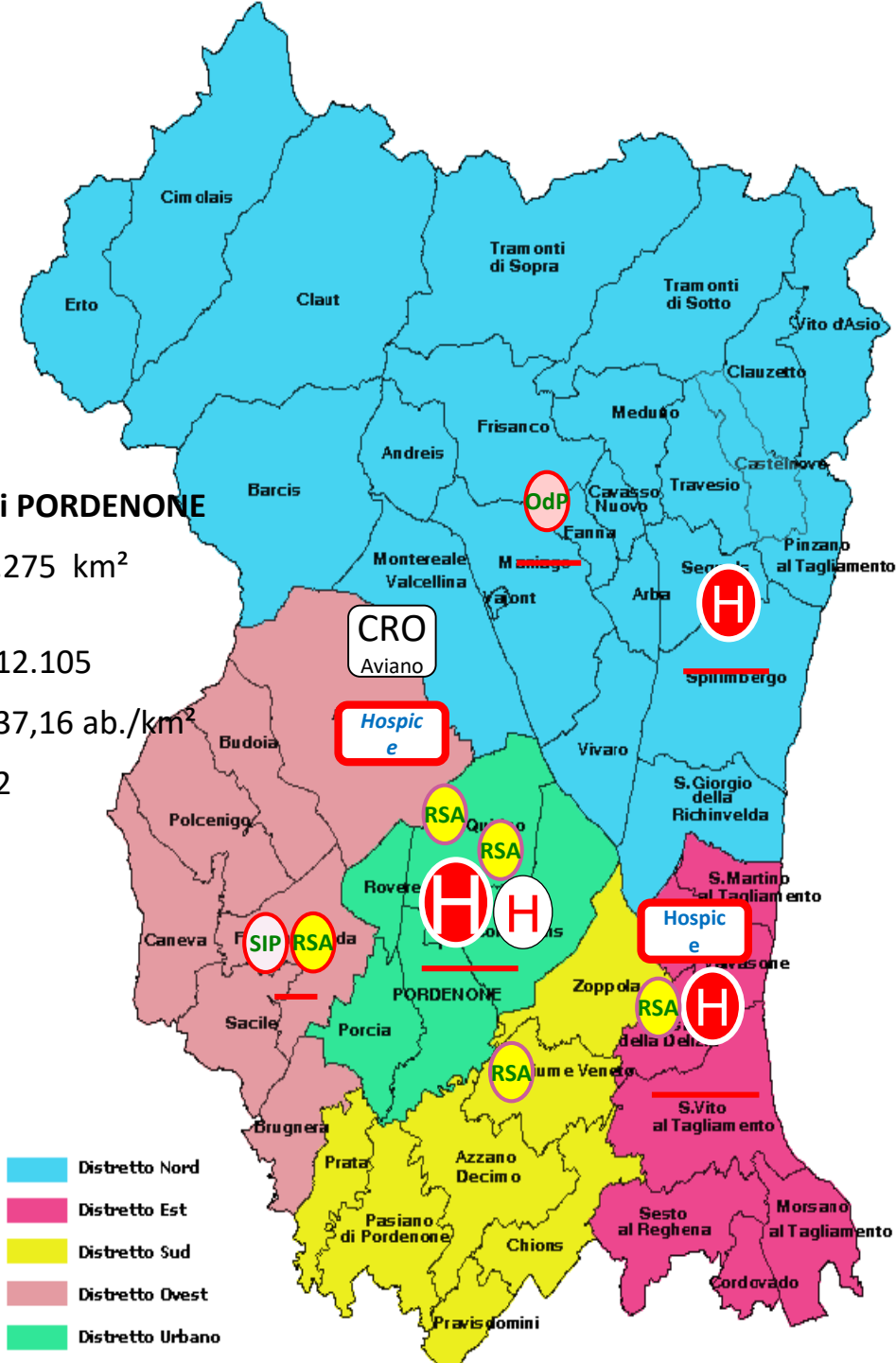
Ex-Provincia di PORDENONE

Superfície 2.275 km²

Abitanti 312.105

Densità 137,16 ab./km²

Comuni 52

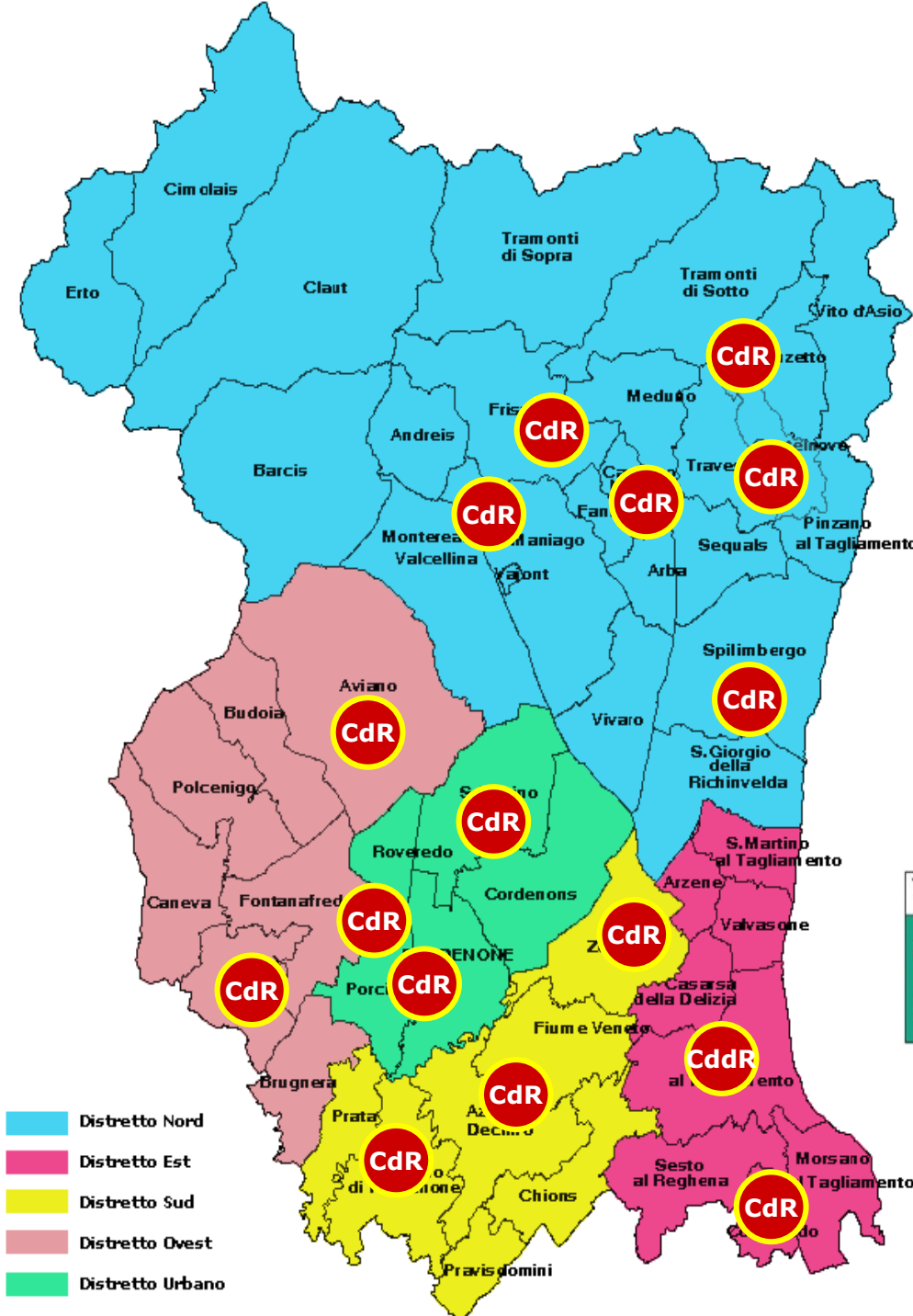


AREA VASTA PORDENONESE	
PORDENONE (Hub 1° livello)	466 42 (DH)
S. VITO e SPILIMBERGO (Spoke)	216 24 (DH)
CRO di Aviano	98 32 (DH)
CCP «S. Giorgio» PN (Casa di cura Privata)	120 24 (DH)
Cure Intermedie	196 pl 7 strutture
Case di riposo 18	1865 pl
ADI 5 distretti	312105 ab. 100 infermieri

RETE RESIDENZIALE

Case di Riposo (per non autosufficienti)

p.l. convenzionati



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

DIMENSIONE DELLA CONTINUITÀ DI CURE

Caratteristiche del **paziente**

- ❖ Patologia prevalente/comorbidità
- ❖ Complessità/impegno assistenziale o clinico

Continuità dell'**informazione**

- ❖ Trasferimento delle informazioni
- ❖ Contenuto delle informazioni

Continuità della **relazione**

- ❖ Natura della relazione fra erogatore e paziente
- ❖ Caratteristiche e durata della cura

Continuità della **gestione organizzativa**

- ❖ Percorsi di cura (iter paziente e iter organizzativo)
- ❖ interdisciplinarietà
- ❖ Flessibilità

Si può giungere al paradosso di ottenere un raggiungimento pieno della “qualità” all’interno della struttura e l’inefficienza del sistema globale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

PRINCIPI DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE

- La continuità nell'esperienza di cura si riferisce concettualmente alla soddisfazione del paziente sia nell'aspetto interpersonale della cura che nel coordinamento di tale cura. La continuità della cura è una relazione di cura continua

(Guillford et al, 2006)

- Realizzare la continuità implica l'integrazione, che necessita di contesti interdipendenti in cui l'organizzazione sia continuamente e adeguatamente coordinata intorno alle esigenze della persona.

CONTINUITÀ DI CURE

I concetti ricorrenti che emergono dalla conoscenza tacita dell'esperienza clinica trovano riscontro in:

- ◉ La **continuità delle cure** è fondamentale per migliorare la stabilità del paziente e l'utilizzo dei servizi sanitari (Tammes et, 2016)
- ◉ I **familiari desiderano** ricevere informazioni su: come funzionano i servizi sanitari di presa in carico, sulla gestione di farmaci e pratiche assistenziali. (Rustad et al 2017)
- ◉ Gli **esiti della continuità delle cure** riguardano il paziente, l'utilizzo delle risorse sanitarie, i caregivers; qualità di vita, controllo dei sintomi, eventi avversi, autonomia e stabilità clinica; costi assistenziali, accessi al pronto soccorso, riammissioni ospedaliere (Van Servellen et al, 2006)
- ◉ Laddove sono attuate strategie di **collaborazione inter-professionale**, migliora la performance dei gruppi di lavoro, si attivano processi di presa in carico che migliorano la sicurezza del paziente, gli esiti della presa in carico, e si riducono i costi per le organizzazioni (Zwarenstein et al., 2009).



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

ATTIVAZIONE CURE INFERMIERISTICHE NELL'AREA COMUNITARIA

- ◉ **Richiesta** di prestazione, di valutazione, di gestione del paziente accompagnata scheda di segnalazione o semplice ricetta del SSR, da parte del medico di medicina generale,
- ◉ **Scheda di segnalazione dimissione protetta** ospedale-territorio (degenza e ambulatori)
- ◉ **Luogo di cura:** domicilio, ambulatorio, centro diurno per anziani o per la disabilità, centro sociale anziani, scuola materna, scuola di ogni ordine, area residenziale
- ◉ **Quando:** dal lunedì al sabato 7.30-19.30 e festivi con reperibilità diurna

STATO DELL'ARTE IN AAS5 PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE (I)

- ◉ Valutazione multidimensionale ValGraf
- ◉ Acquisizione copia documentazione diagnostica
- ◉ Valutazione utente
- ◉ Predisposizione PAI (bisogni/obiettivi/interventi)
- ◉ Attuazione prestazione: educazione terapeutica, per facilitare *compliance* del paziente e riduzione complicanze, trattamento lesione.....
- ◉ Verifica del risultato

STATO DELL'ARTE IN AAS5 PER LSA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE (II)

In caso di lesione piede:

- ◉ Valutazione lesione piede
- ◉ Verifica della presa in carico da parte di altri servizi:
ortopedia, dermatologia , chirurgia vascolare,
diabetologia
- ◉ Verifica documentazione
- ◉ Trattamento come da indicazioni di buona pratica o
prescrizione specialistica
- ◉ Compilazione scheda lesioni

STATO DELL'ARTE IN AAS5 PER LSA

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE (III)

- ◉ Verifica conoscenze del paziente e care giver per attivare interventi di educazione terapeutica
- ◉ Contatto telefonico con medico di medicina generale e con specialista (in base a disponibilità)
- ◉ Garantito contatto telefonico e consulenza urgenza con la diabetologia,
- ◉ E con infermiere esperto in area ospedaliera
- ◉ **Attivazione della rete creata dai contatti tra i professionisti**

LA CONTINUITÀ NEL WOUND CARE

Partenza da...Sorveglianza LdP

Prevenzione e trattamento

- ❖ Protocolli
- ❖ Dispositivi e presidi di medicazione
- ❖ Formazione continua

Gestione in ADI e ambulatori infermieristici di prossimità

- ❖ Gestione lesioni
- ❖ Area territoriale/ospedaliera
- ❖ Autonomia da mmg

Gestione in ospedale

- ❖ Dermatologia, chir. vascolare, ortopedia, diabetologia
- ❖ Infermiere specialista in wound care
- ❖ Infermieri esperti con competenze avanzate

DOMICILIO	utenti	Prestazioni	Prestaz/Utenti
Gestione Altre Lesioni	1858	22624	12,17
Gestione LdP	1325	19922	15,03
Gestione Lesioni Vascolari	593	14353	24,2
Totale	2881	56899	19,74
AMBULATORI TERRITORIO			
Gestione Altre Lesioni	301	2.681	8,9
Gestione LdP	16	169	10,56
Gestione Lesioni Vascolari	142	2.548	17,94
Totale	424	5.398	12,73

CRITICITA'

- Non aderenza LLGG /approcci diversi
- Non conoscenza reciproca H/T → 2 aziende
- In progress riconoscimento competenze
- Durata presa in carico pz a domicilio a lungo termine
- Prescrizioni e trattamenti “creativi”
- Non competenza per bendaggio compressivo
- Pz itinerante ...(cerca soluzione)
- Inquadramento diagnostico dei pz a domicilio (in aumento)
- Mancanza di documenti di buona pratica
- Assenza di formazione per gestione sindrome piede diabetico...
- Documentazione condivisa
- Rilevazione outcome sistematica (solo con audit puntuali)

RISULTATI E AZIONI

- ◉ Definizione e formazione per utilizzo scheda valutazione e monitoraggio utente con lesione in tutta area territoriale (rete cure intermedie, ADI, CdR)
- ◉ Attivazione ambulatorio per trattamento ulcere sovrainfette (dermatologo con infettivologo)
- ◉ FSC Bendaggio formate 150 persone (e disponibilità materiali)
- ◉ Consulenze infermieristica e rete in tutto il territorio
- ◉ Documenti di buona pratica conclusi approvati dai diversi specialisti e pubblicati intranet aziendale
- ◉ *Progetto in erba di* area ambulatoriale multidisciplinare in ospedale
- ◉ Prevalenza ulcere art inferiori estate 2018
- ◉ In programma ulteriori eventi oltre al pacchetto wound care: sindrome del piede diabetico e lesione cutanee infette

.....Verso la costruzione di un vero PDTA.....



AGOSTO 2017 -2018

RAZIONALE

- Le lesioni cutanee degli arti inferiori rappresentano un problema crescente e un grave onere sanitario (O'Meara 2012, Rippon et al., 2007)
- in AAS5 i pazienti con ulcere agli arti inferiori sono gestiti da diversi operatori sanitari e di diverse branche specialistiche utilizzando pratiche assistenziali diverse
- la dimensione e l'analisi del problema localmente è uno degli start up per creare PDTA in AAS5 "Friuli Occidentale" che coinvolge anche le strutture residenziali convenzionate

OBIETTIVO

Misurare la prevalenza dei pazienti con lesioni cutanee degli arti inferiori in carico alle Strutture Operative dell'AAS5 e alle residenziali sociosanitarie convenzionate in una giornata/settimana indice.

Obiettivi secondari:

- ✓ Stimare quante lesioni cutanee degli arti inferiori risultano senza inquadramento diagnostico documentato
- ✓ Confrontare la gestione dei pazienti con ulcere rispetto alle indicazioni di buona pratica

MATERIALI E METODI

VARIABILI OSSERVATE

- Dati anagrafici (età, genere)
- Comorbidità presenti
- Valutazione e trattamento dolore
- Presenza di amputazioni
- Analisi lesione (sede, etiologia, fondo, trattamento)
- Analisi bendaggio e altri dispositivi utilizzati
- Max 3 lesioni a paziente

RACCOLTA DATI

- Osservazione diretta dei pazienti
- Analisi documentazione sanitaria

STRUMENTI

- Scheda raccolta dati predisposta – software Excel

ANALISI dei DATI

- Frequenza

SCHEDA DI RACCOLTA DATI

N. scheda / ____ / ____ / ____		Data di rilevazione: ____ / ____ / ____		1. Azienda/Ente: Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"	
2. Struttura					
Ospedale Pz non residente in Provincia PN o in FVG			Reparto Ambulatorio		
Domicilio (specificare distretto)			Ambulatorio (specificare nome e distretto)		
Cure Intermedie (specificare nome)			Altra degenza (Sip Sacile, H prossimità)		
Casa di Riposo (specificare nome)					
3. Cognome e Nome: <i>o Etichetta</i>		4. Genere:		5. Età: (anni compiuti) / ____ / ____	
		☐ M ☐ F			
6. Numero totale di lesioni presenti:		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ più di 4			
7. Scala numerica del dolore NRS: / ____ /		da 0 a 10 ☐ non valutabile			
dolore riferito alla lesione cutanea		☐ dolore durante la medicazione ☐ dolore durante le 24 ore, legato alla lesione è in atto un trattamento antalgico per le lesioni: ☐ NO ☐ SI			
8. Diabete:		☐ no ☐ sì ☐ non documentato (non esente codice 013) si indica il tempo di insorgenza ☐ < di 5 anni ☐ 5 – 10 anni ☐ 10 – 20 anni ☐ ≥ 20 anni			
9. Insufficienza renale cronica:		☐ no ☐ sì ☐ emodialisi ☐ dialisi peritoneale			
10. Amputazione:		☐ no ☐ sì se sì quale tipologia d'intervento			
Maggiore		☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale			
Minore		☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale			

LESIONE N 1

11. Tempo di insorgenza lesione :		☐ < di 1 mese	☐ < di 6 mesi	☐ fra 6 mesi ed 1 anno
		☐ fra 1 anno e 3 anni	☐ > di 3 anni	☐ non rilevabile
12. Eziologia lesione:				
☐ lesione primitiva ☐ lesione recidiva ☐ arteriosa ☐ venosa ☐ mista ☐ piede diabetico ☐ autoimmune ☐ traumatica ☐ lesioni da pressione ☐ neoplastica ☐ ferita chirurgica ☐ skin tear ☐ ustione ☐ non nota ☐ altro (specificare _____)				
Referti presenti e significativi per la storia di lesione:				
☐ ecocolor Doppler (Data _____) ☐ visita vascolare (Data _____) ☐ studio del piede diabetico (Data _____) ☐ v. dermatologica (Data _____) ☐ v. chirurgia plastica (Data _____) ☐ v. reumatologica (Data _____) ☐ referti di biopsie (Data _____) ☐ referti di esami microbiologici (Data _____)				
13. Sede lesione: Destra		☐ gamba	piede: ☐ avampiede	☐ mesopiede ☐ retropiede
Sinistra		☐ gamba	piede: ☐ avampiede	☐ mesopiede ☐ retropiede
14. Tessuto presente sul fondo di lesione:				
☐ nero (necrosi) ☐ giallo (slough) ☐ rosa (riepitelizzazione) ☐ rosso (granulazione) ☐ verde (infezione)				
15. Sono presenti segni di infezione:				
☐ NO ☐ SI se si ☐ localizzata ☐ diffusa				
16. Trattamento della lesione:				
☐ medicazioni tradizionali ☐ medicazioni avanzate indicare la frequenza di medicazione ☐ a giorni alterni ☐ tutti i giorni ☐ 1 v/settimana ☐ 2 v/settimana ☐ 3 v/settimana				
compressione (es. calze elastiche/bende)				
☐ NO ☐ SI se si indicare il tipo				
☐ ossido di zinco ☐ lunga estensibilità (long stretch) ☐ media estensibilità ☐ corta estensibilità (short stretch) ☐ mono- componente ☐ pluri-componente ☐ calza elastica/gambaletto compressivo				
fasciatura				
☐ NO ☐ SI farmaci uso topico ☐ NO ☐ SI				
tutore/scarpa da scarico				
☐ NO ☐ SI terapia a pressione topica negativa ☐ NO ☐ SI				

RISULTATI - 1

Caratteristiche popolazione

Strutture	F	M	Età media	Totale pazienti	%	Totale lesioni
Casa di riposo	105 (76%)	34	87,16	139	17%	184
Rete Cure intermedie	11 (42%)	15	80,27	26	3%	43
Distretto	287 (64%)	163	81,85	450	55%	613
Ospedale	97 (48%)	103	74,36	200	25%	273
Totale	500 (61%)	315	80,87	815	100%	1113*

•Sono contate tutte le lesioni presenti

Analizzate max 3 lesioni per pazienti per un totale di 1063 lesioni

Range di età 19 ÷ 102 anni

RISULTATI - 2

Tipologia di lesione	N.	%
Altro (specificare)	63	5,93
Arteriosa	80	7,53
Autoimmune	8	0,75
Ferita chirurgica	56	5,27
Lesione da pressione	145	13,64
Mista	70	6,59
Neoplastica	13	1,22
Non nota	101	9,50
Piede diabetico	118	11,10
Skin tear	117	11,01
Traumatica	134	12,61
Ustione	2	0,19
Venosa	156	14,68
Totali	1063	100%

Variabili Osservate	N.	%
Tipo d lesione		
- primitiva	901	85%
- secondaria	162	15%
Fondo di lesione:		
- Giallo-slough	275	26%
- Nero-necrosi	110	10%
- Rosa-riepitelizzazione	354	33%
- Rosso-granulazione	312	30%
- Verde-infezione	12	1%
Compressione		
- Si	209	20%
- No	854	80%
Totali	1063	100%

Lesione	visita vascolare	eco color doppler	ecocolor doppler +vis vascolare	Totale
Arteriosa	41(51%)	52(65%)	28(35%)	80
Mista	52(74%)	42(60%)	16(23%)	70
Venosa	24(15%)	95(61%)	19(12%)	156
				306

TEMPO INSORGENZA DIABETE

Tempo insorgenza diabe	n.	%
< 5 anni	46	19%
5-10 anni	58	24%
10 - 20 anni	87	36%
> 20 anni	49	20%
Totale	240	
	29%	

	sì	no	tot
Studio piede diabetico	74 (63%)	44	118
	<i>n</i>	%	
	Maggiori	Minori	tot
Amputazioni	18	45	63
Sede lesione	N°	%	
Avampiede	69	58	
Mesopiede	19	16	
retropiede	30	25	

FONDO LESIONE PIEDE DIABETICO

Fondo lesione piede diabetico		
Giallo-slough	33	28%
Nero-necrosi	17	14%
Rosa-riepitelizzazione	25	21%
Rosso-granulazione	39	33%
Verde-infezione	4	3%
Totale	118	100%

RISULTATI

DOLORE

- **14%** (115) dolore con NRS ≥ 4 durante la medicazione, solo il 53%(62) sono trattate per il dolore
- 8,5% (70) persone hanno dolore correlato alla lesione, durante le 24 ore

INFEZIONI

- Su 1063 lesioni il **10%** (111) presenta segni di infezione, di queste 92 con segni di infezione localizzata e 19 infezione diffusa

DISCUSSIONE

- ◉ La numerosità della popolazione studiata ha attivato **l'attenzione degli specialisti**
- ◉ I dati raccolti evidenziano la necessità di implementare le **buone pratiche nelle attività**,
- ◉ In AAS5 sono stati predisposti **3 documenti di buona pratica** (lesioni cutanee, lesioni vascolari utilizzo dispositivi medicazione) dal Gruppo Wound Care , con l'accordo di tutti gli specialisti aziendali trasmessi dalla Direzione e pubblicati in Intranet aziendale.
- ◉ Nell'anno **2019** sono in programmi due eventi: **sul** piede diabetico: approccio globale alla persona. Dalla prevenzione alla cura attraverso l'integrazione di professionisti nella rete dei servizi e la gestione delle ferite infette



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

BUONE PRASSI PER IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI VASCOLARI INFERIORI

BOZZA DOCUMENTO

REVISIONI		
Numero	0	1
Data	Dicembre 2017	
Autori Redazione/Aggiornamento	Bottos Stefania Bond Silvia Vallan Mauro Corradin Maria Teresa Pramia Monica Cecchi Savino Cangelosi Annalisa Gugliemini Federico Gardi Annalisa Vizzarolani Stefanon Laura	
Verifica		
Approvazione	G. Scilippa R. Celotto	

SOC Direzione Medica Presidio Ospedaliero di Pordenone

Medicazioni avanzate e nuove tecnologie per il trattamento delle lesioni cutanee Guida pratica

BOZZA DOCUMENTO

REVISIONI		
Numero	0	1
Data	Dicembre 2017	
Autori Redazione/Aggiornamento	Bottos Stefania Bond Silvia Borlotti Norma Vallan Mauro Corradin Maria Teresa Pramia Monica Stefanon Laura	
Verifica		
Approvazione	G. Scilippa R. Celotto	

Parola chiave 1	Parola chiave 2	P
Standard JCI		

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

GRUPPO WOUND CARE

Ed. 1 Rev. 0
Dicembre 2017

Buone Prassi per la Valutazione e il Trattamento delle lesioni cutanee

BOZZA DOCUMENTO

REVISIONI				
Numero	0	1	2	3
Data	Dicembre 2017			
Autori Redazione/Aggiornamento	Bottos Stefania Bond Silvia Vallan Mauro Corradin Maria Teresa Pramia Monica Stefanon Laura			
Verifica				
Approvazione	G. Scilippa R. Celotto			

SOC Direzione Medica Presidio Ospedaliero di Pordenone

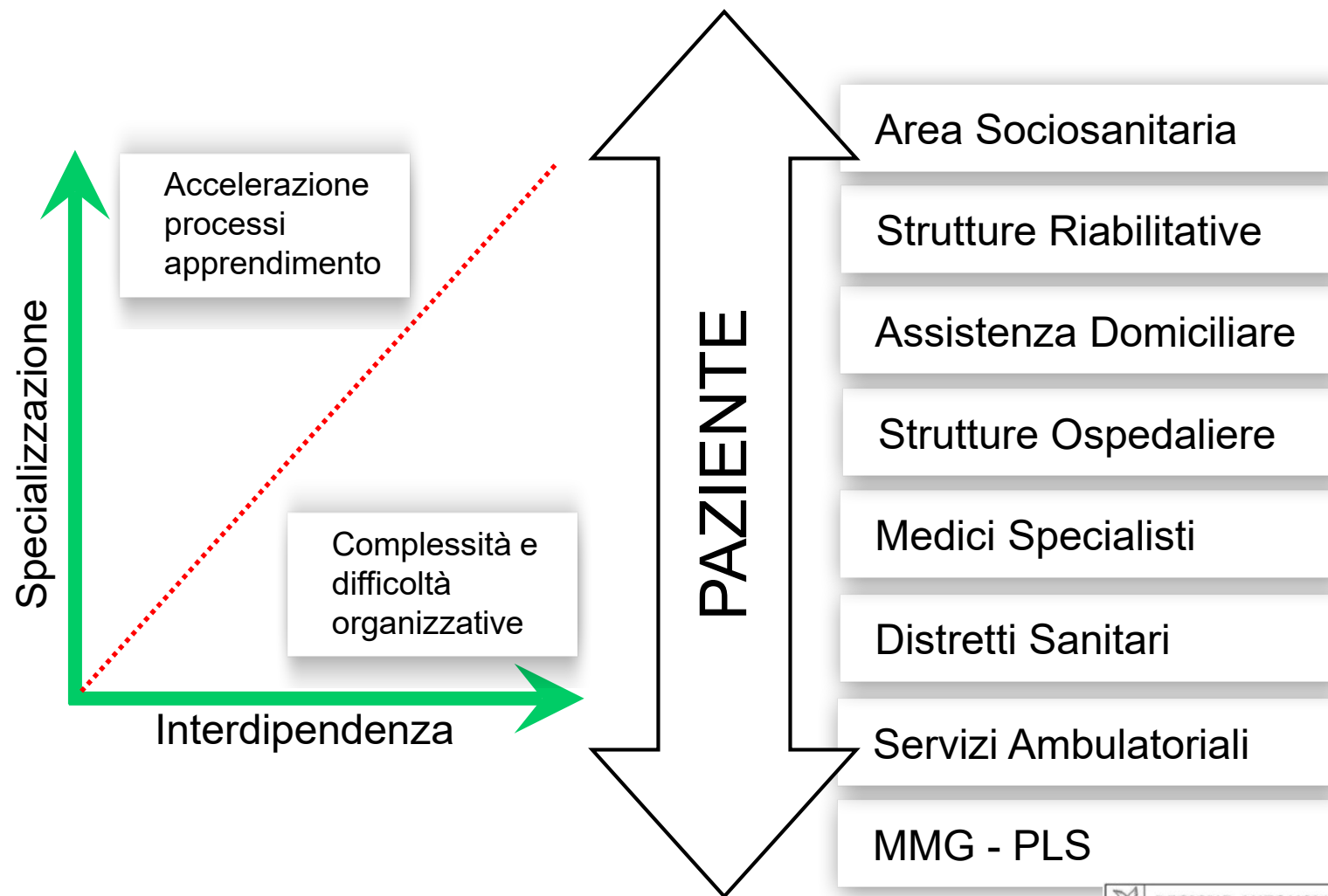
IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

- I risultati della prevalenza sono la base per creare i PDTA locali
- Mancano i dati di monitoraggio e di guarigione
- Il miglioramento deriva anche dal confronto fra le realtà e i professionisti
- Definire le variabili per una raccolta dati standardizzata per creare un osservatorio aziendale, (regionale? o nazionale?) per del Wound Care.

RIFLESSIONI

- ◉ Il sistema tende a garantire **formalità** ma se applicata solo in quanto tale *ingessa* il sistema e le relazioni;
- ◉ L'**informalità** garantisce un risultato, MA si deve basare su fondamenti e principi e percorsi clinici riconosciuti (non solo operatore-dipendente)
- ◉ Quando vengono individuati problemi l'infermiere ricerca qualche esperienza in letteratura per attivare soluzioni insolite nuove da adottare
- ◉ Spesso la conoscenza e l'esperienza (competenza) derivante da pratica clinica attiva una serie di pensieri per mettere in atto azioni concrete sul prendersi cura

Fattori di complessità organizzativa: **INTERDIPENDENZA**



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale