

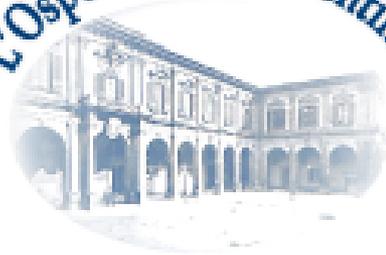


SOCIETÀ MEDICA DI SANTA MARIA NUOVA

IX EDIZIONE

**Giornate Mediche di
Santa Maria Nuova 2017**

L'Ospedale dei Fiorentini



LA DIMISSIONE

**OSPEDALIERA "RITARDATA":
*Complicanze intraospedaliere
e criticità gestionali***

5-6 Ottobre 2017

Sala Verde - Palazzo Incontri - Banca CR Firenze

**GIORNATE MEDICHE DI
SANTA MARIA NUOVA 2017**

**Una certezza assistenziale: il setting della
lungo degenza**

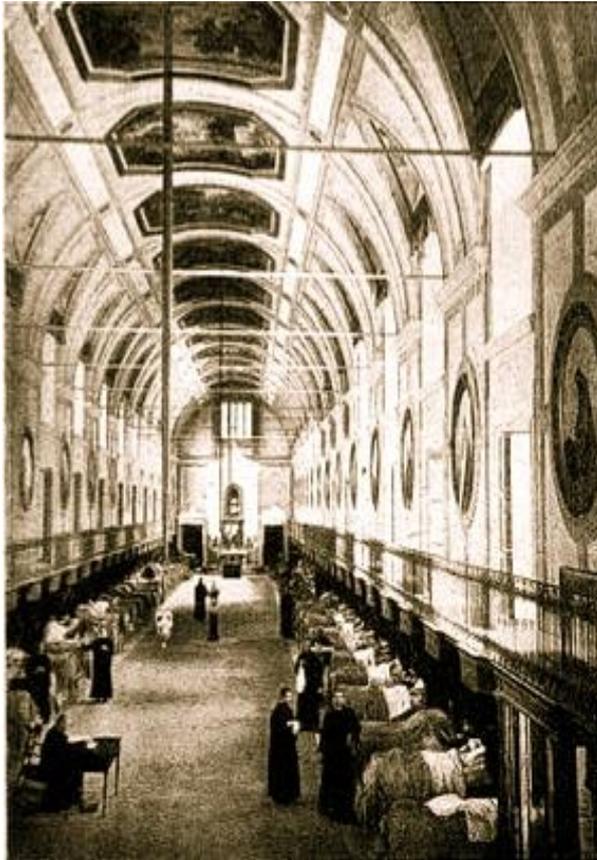
Dr Mario Lino Villa delle Terme Korian

LUNGODEGENZA



DR MARIO LINO VILLA DELLE TERME KORIAN

L'EVOLUZIONE NEGLI ANNI



**DA CONTENITORE DI
MALATI CRONICI IN FASE
AVANZATA**

**AD AMBIENTE CLINICO
POLIFUNZIONALE**

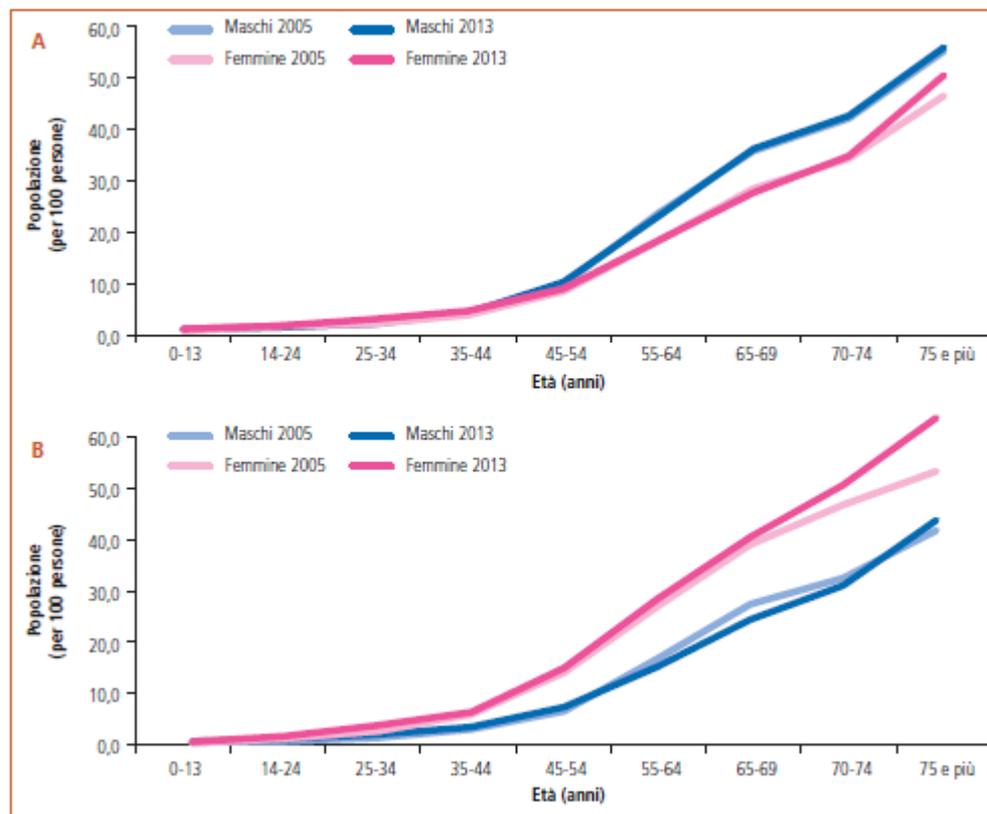
CONTESTO DEMOGRAFICO



INVECCHIAMENTO DELLA
POPOLAZIONE
AUMENTO DELLE PATOLOGIE
CRONICHE
RIDUZIONE DELLE RISORSE
ECONOMICHE DESTINATE ALLA
SANITA'
CAMBIAMENTO DEL MONDO DEL
LAVORO
PROLUNGAMENTO DELLA VITA DEI
MALATI
MODIFICA DELLA STRUTTURA
FAMILIARE

Malattie croniche non trasmissibili

Figura 1.5. Popolazione per presenza di malattie croniche gravi* (A) o in condizioni di multicronicità (B) per sesso e classi di età (per 100 persone) [Anni 2005 e 2012].



*Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer; demenze.

CAUSE DI MORTE E MALATTIA

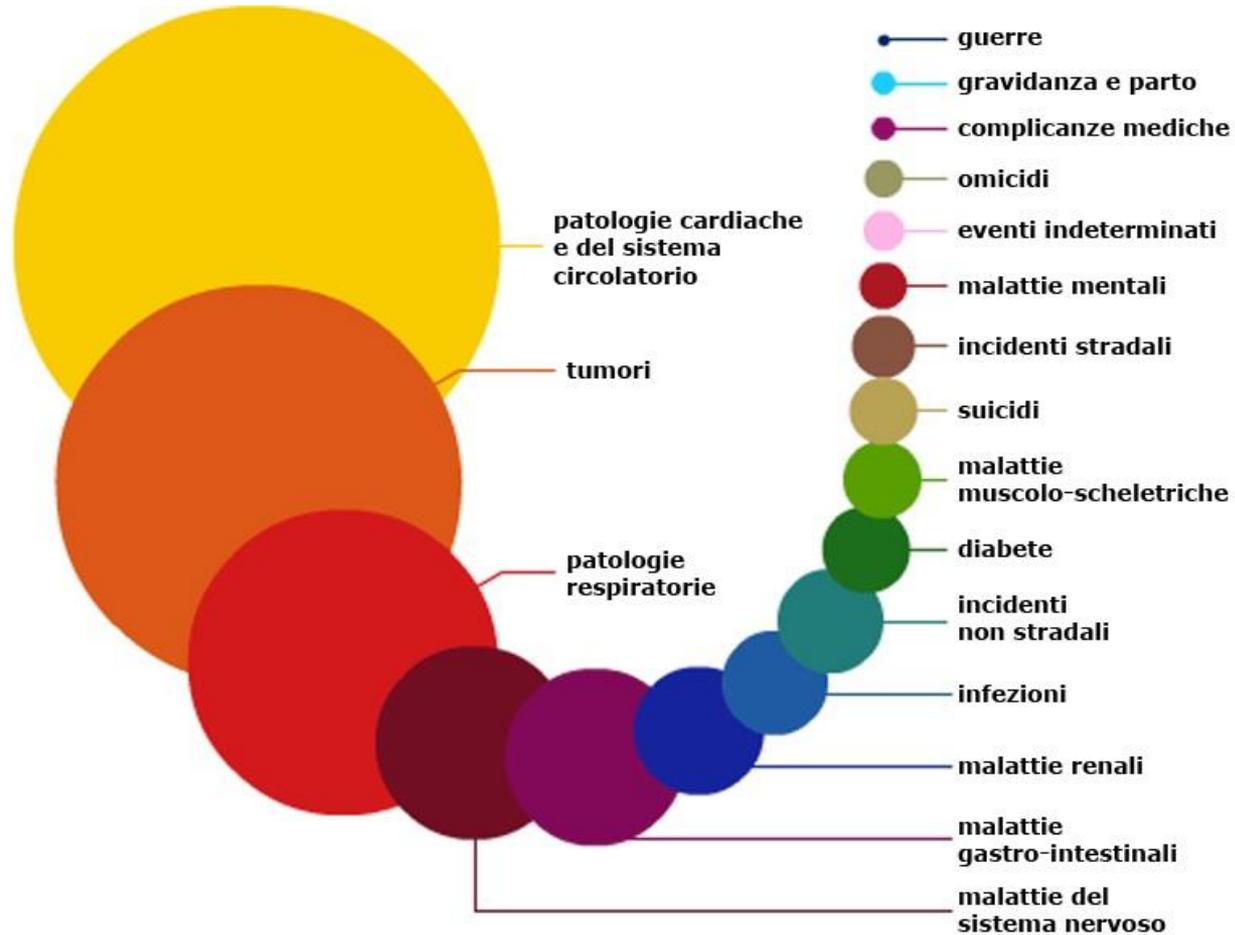


Tavola 6. Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività domestiche (IADL) per classe di età e alcuni Paesi europei. Anno 2015 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO PAESI	Gravi difficoltà nelle ADL*			Gravi difficoltà nelle IADL*		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
MASCHI						
Italia	2,6	12,8	7,4	9,3	33,5	20,5
UE 28	3,0	10,3	6,2	10,3	28,3	18,1
Francia	1,8	10,5	5,7	7,3	25,8	15,5
Germania	2,8	6,7	4,7	5,9	17,7	11,5
Spagna	2,5	14,0	7,6	12,8	35,7	22,9
FEMMINE						
Italia	3,9	23,1	14,2	16,8	56,7	38,3
UE 28	3,8	18,0	10,8	17,1	46,5	31,6
Francia	2,8	18,1	10,5	14,0	47,3	30,7
Germania	1,9	15,0	8,5	7,2	28,0	17,6
Spagna	3,6	24,7	14,4	24,0	58,9	41,9
TOTALE						
Italia	3,3	19,0	11,2	13,2	47,4	30,6
UE 28	3,4	14,9	8,8	13,9	39,2	25,8
Francia	2,3	14,9	8,3	10,8	38,2	23,9
Germania	2,4	11,5	6,8	6,6	23,6	14,9
Spagna	3,1	20,4	11,4	18,8	49,6	33,6

PLURIPATOLOGIE

Tavola 4.15 Popolazione residente per condizione di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione
Anno 2016, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

ANNI CLASSI DI ETÀ	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper- tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo- porosi	Malattie del cuore	Malattie aller- giche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duo- denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2012	71,0	38,7	20,5	43,2	5,5	16,5	6,2	16,8	7,7	3,6	10,6	4,4	2,7	39,3
2013	70,3	38,0	20,1	41,5	5,4	16,8	5,9	16,5	7,5	3,7	10,0	4,0	2,7	39,8
2014	69,9	38,9	20,4	41,2	5,5	17,4	5,8	16,1	7,5	3,9	10,3	4,2	2,6	40,7
2015	69,9	38,3	19,8	42,3	5,4	17,1	5,6	15,6	7,3	3,9	10,1	4,0	2,4	41,0

Fonte: ISTAT

I PERCORSI DI CONTINUITA' E LA MALATTIA



LEGISLAZIONE E NORMATIVE



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03-06-2013 (punto N 37)

Delibera

N 431

del 03-06-2013

Proponente

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Ministero della salute

Legge 537 del 24 dicembre 2003

(finanziaria 1994)

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084). Pag. 1

Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva.

Estensore GIUSEPPINA ATTARDO

Oggetto

GR 47/2013. Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva.



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Rep. Atti n. 98/esr del 5 agosto 2014

Legge 412 del 30 dicembre 1991

(finanziaria 1992)

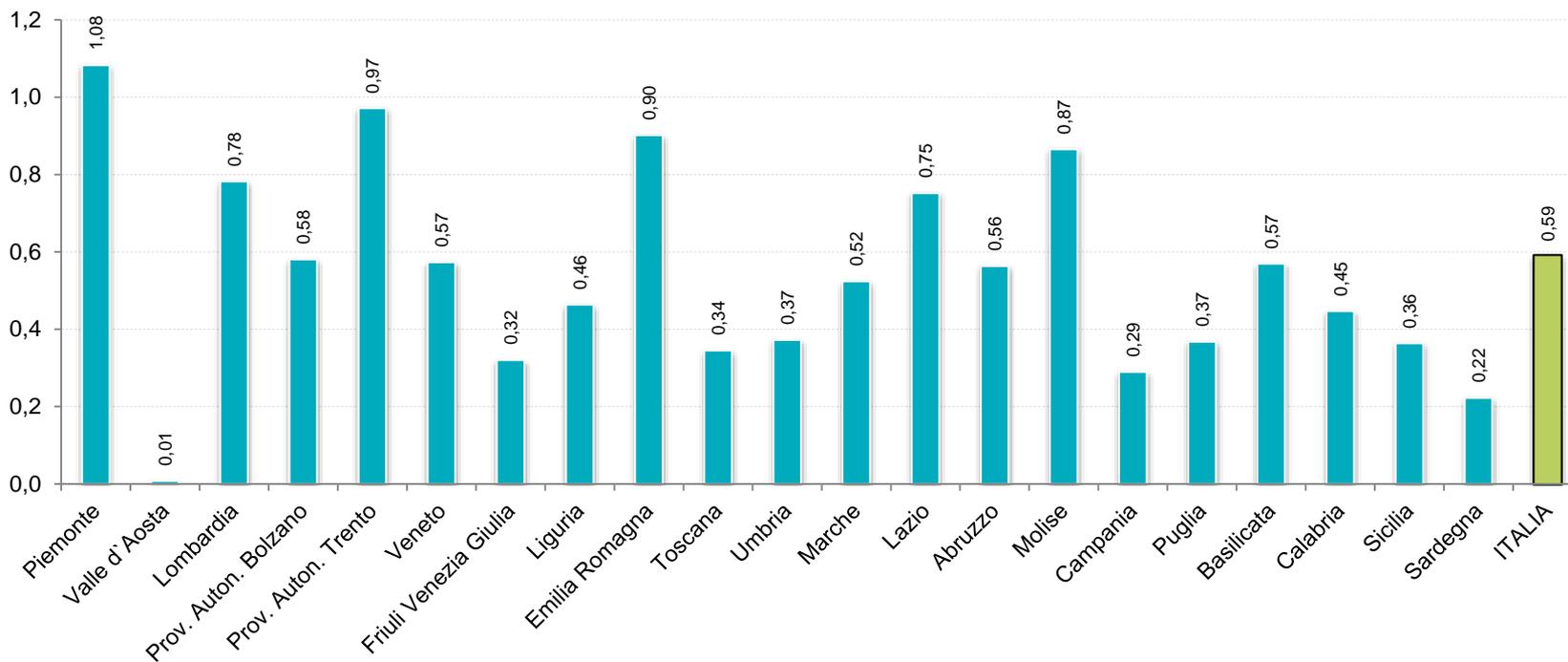
01

Ministero della Sanità - D.M. 13
settembre 1988 pubblicato nella
Gazz. Uff. 24 settembre 1988, n. 255.
terminazione degli standards del
personale ospedaliero (1).

Patto della Salute del 03.12.2009

POSTI LETTO PER NON ACUTI PER REGIONE

Posti letto per non acuti per 1.000 residenti, per Regione - Anno 2012

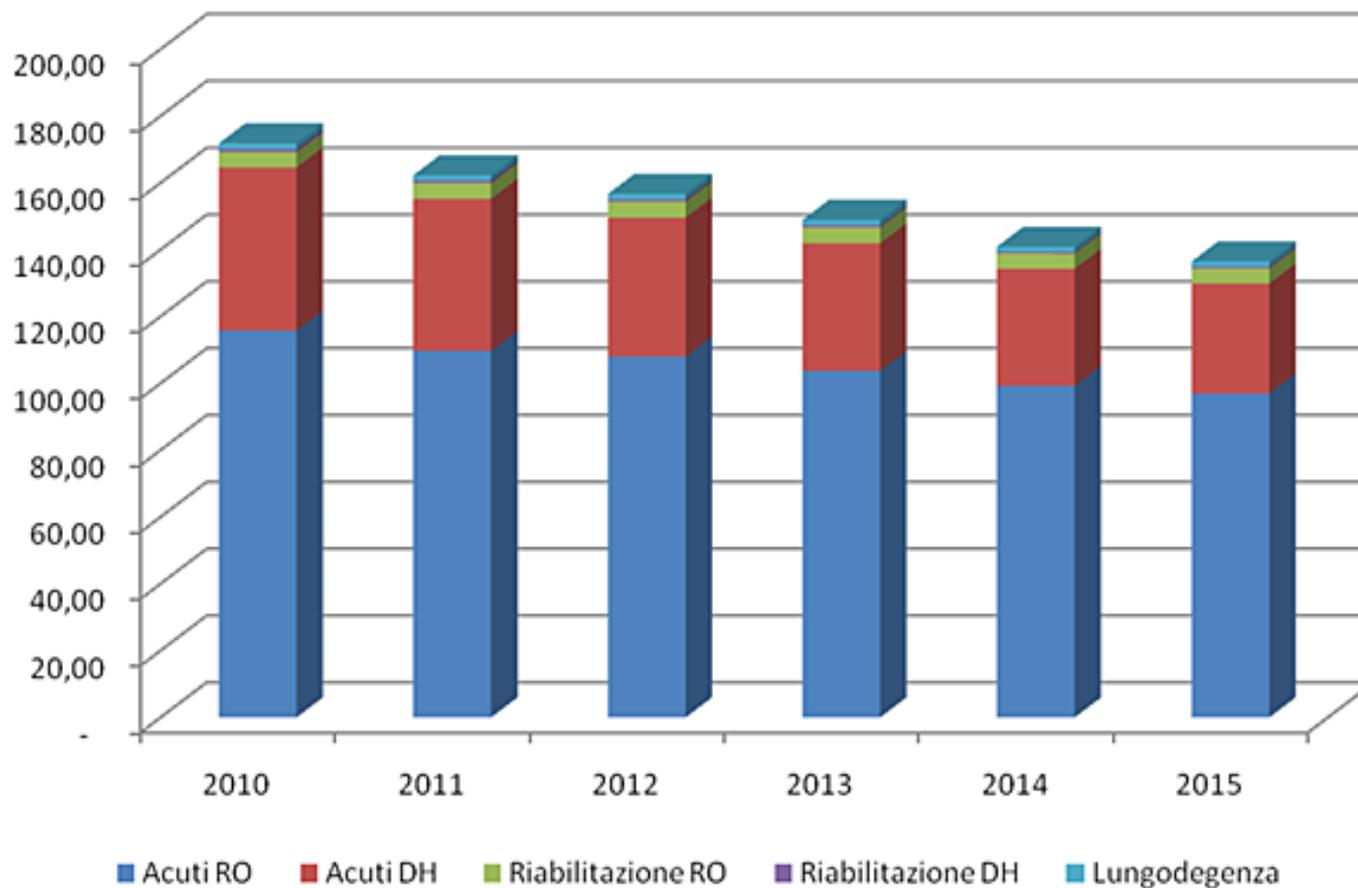


PATTO PER LA SALUTE - triennio 2014-2016

Il Decreto 2 aprile 2015 , n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, entrato in vigore il 19 giugno 2015, definisce i criteri in base ai quali le regioni devono procedere, entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016, alla riorganizzazione della loro rete ospedaliera, portando la dotazione dei posti letto ospedalieri, accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

ADEMPIMENTI REGIONALI verifica annuale LEA

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso. Trend 2010-2015



Fonte: Ministero della Salute, Rapporto SDO 2015

Regione Toscana - Anno 2015

	Dimissioni (a)	Tasso osp. std. (per 1.000 ab.) (b)
Attività per Acuti	547.101	121,26
Regime ordinario	411.088	88,58
Day Hospital	136.013	32,68
Attività di Riabilitazione	11.549	2,50
Regime ordinario	10.578	2,25
Day Hospital	971	0,25
Attività di Lungodegenza	3.235	0,66
Regime ordinario	3.235	0,66
Totale	561.885	124,42
Regime ordinario	424.901	91,49
Day Hospital	136.984	32,93

(a) Dimissioni effettuate dalle strutture ospedaliere nella Regione Toscana.

(b) Ricoveri di residenti nella Regione Toscana, ovunque effettuati in Italia.

Il Tasso di ospedalizzazione è standardizzato per età e sesso rispetto alla popolazione italiana del Censimento 2001.

OBIETTIVI DEL RICOVERO IN LUNGODEGENZA

- stabilizzare le condizioni cliniche (stabilizzazione continuativa, controllo e gestione delle comorbidità)
- recuperare i deficit funzionali (ricercare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia)
- formare i caregiver e i familiari alla gestione del malato
- passare le consegne a coloro che dopo la l'Ospedale prenderanno in carico il paziente

LUNGODEGENZA: CRITERI GENERALI

Per svolgere correttamente la funzione di raccordo con l'area della acuzie devono essere rispettati alcuni criteri generali:

- I ricoveri devono essere ben programmati
- Deve essere effettuata una valutazione multidimensionale a monte
- La presa in carico al momento del ricovero deve essere globale (ponendo l'attenzione sia al malato ma anche ai familiari)

MODALITA' DI ACCESSO

La richiesta di ricovero in lungodegenza da parte dei reparti per acuti viene valutata e gestita dalla Agenzia di Continuità che, tramite un software (Caribel), elabora le valutazioni multidimensionali effettuate dai reparti richiedenti il ricovero ed inserisce, tramite apposito algoritmo, i pazienti nei setting appropriati alle loro esigenze cliniche, funzionali e sociali.

MODALITA' DI RICOVERO: PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

The image displays a medical software interface with several windows. The central window is titled "Azienda Sanitaria di Firenze PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE POST-DIMISSIONE". It contains the following information:

Azienda Sanitaria di Firenze
PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE POST-DIMISSIONE

S. MARIA NUOVA FIRENZE
 Unità operativa: MEDICINA INTERNA
 Direzione:

Paziente: [redacted] [redacted] CAMPI BISENDO
 Residenza: V. LAVAGNINI N. 11 CAMPI BISENDO FI
 Domicilio: V. POGGIO GHERARDO N. 5 FIRENZE FI

Diagnosi primaria: EMORRAGIA CEREBRALE
 Diagnosi secondaria: IPERTENSIONE ESSENZIALE BENIGNA

Percorso individuato: Riabilitazione intensiva neurologica ospedaliera e delo continue

Struttura Low Care di destinazione
 Nome: I.P.C.A. ISTITUTO FIORENTINO DI CURA E ASSISTENZA S.P.A. - CASA DI CURA ULIVELLA E GUIDI
 Posto prenotato dal: 12092012 al 08/04/2013

Firma del medico _____

Other windows in the background include "Agenda disponibilità" (showing a calendar grid for Lungodegenza) and "Scelta del percorso" (showing options like "Percorso indicato" and "Percorso individuato").

CRITERI DI AMMISSIONE

PAZIENTI CON PREGRESSA PATOLOGIA ACUTA E CONDIZIONI CLINICHE SUFFICIENTEMENTE STABILI, TALI COMUNQUE DA RICHIEDERE L'ASSISTENZA MEDICA CONTINUATIVA H24.

PROVENIENTI DA REPARTI OSPEDALIERI PER ACUTI DI AREA MEDICA NON AUTONOMI MA CON PROSPETTIVA DI RECUPERO IN TEMPI CONTENUTI

PAZIENTI CONVALESCENTI CON ESITI DI MALATTIA NON STABILIZZATI, NON AUTONOMI, CON DEFICIT FUNZIONALI MODIFICABILI

CRITERI DI AMMISSIONE

PROVENIENTI DA REPARTI OSPEDALIERI PER ACUTI DI AREA CHIRURGICA CON QUADRO CLINICO RISOLTO PER QUANTO RIGUARDA QUESTA PERTINENZA MA CHE PRESENTANO COMORBILITA' O COMPLICANZE DI PERTINENZA INTERNISTICA A RISCHIO DI INSTABILITA' E/O CHE PRESENTANO DEFICIT FUNZIONALI CHE NECESSITANO DI SORVEGLIANZA MEDICA E INFERMIERISTICA CONTINUATIVA NELLE 24 ORE, NON EROGABILE IN REGIME ALTERNATIVO AL RICOVERO

REQUISITI ESSENZIALI PER LA PRESA IN CARICO

- inquadramento diagnostico ben definito;
- programma terapeutico ben delineato;
- quadro clinico relativamente stabilizzato;
- Definizione del programma di nursing ad elevata valenza tecnica distribuito nelle 24 ore
- Definizione del piano di assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore, con caratteristiche diverse da quelle per acuti;
- Presenza di patologie e/o loro sequele la cui complessità sia compatibile con il quadro di risposta e di sicurezza per il paziente che la struttura è in grado di assicurare;
- Indicazioni alla riabilitazione estensiva;
- Presenza di grave patologia progressiva che richieda adeguata assistenza e terapia di supporto;
- Presenza di patologie gravemente disabilitanti che impediscano al paziente di sostenere un intervento riabilitativo intensivo

REQUISITI ORGANIZZATIVI DI BASE

LE STRUTTURE DI LUNGODEGENZA SIANO ESSE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE ASSICURANO UNA SERIE DI PRESTAZIONI:

ASSISTENZA MEDICA H24

ASSISTENZA INFERMIERISTICA H24

GUARDIA MEDICA DIVISIONALE NOTTURNA

MONITORAGGIO CLINICO CONTINUO H24

FORNITURA DEI FARMACI OMNICOMPRESIVA

TRATTAMENTI TRASFUSIONALI

MEDICAZIONI SEMPLICI E COMPLESSE DI LESIONI CUTANEE

CONSULENZE SPECIALISTICHE

TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO CIRCA 30 MIN/DIE + PIANO

RIABILITATIVO DI STRUTTURA

PAI

BUR 23/11/2016 N.52

REQUISITI TECNOLOGICI DI BASE

LE STRUTTURE DI LUNGODEGENZA SIANO ESSE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE ASSICURANO UNA SERIE DI REQUISITI TECNOLOGICI:

**SERVIZIO DI RADIOLOGIA
LABORATORIO DI ANALISI
ECOGRAFO
ELETTROCARDIOGRAFO
SATURIMETRIA TRANSCUTANEA
OSSIGENO E VUOTO A PARETE
CARRELLO PER LE EMERGENZE
SOLLEVATORI ELETTRICI
CARDIOMONITOR CON DEFIBRILLATORE
LETTI ARTICOLATI**

BUR 23/11/2016 N.52

ELEMENTI CRITICI: COMUNICAZIONE CON I PARENTI

IL TIPO DI ASSISTENZA EROGATA PRESSO I REPARTI DI LUNGODEGENZA CONSENTE UNA MAGGIORE RELAZIONE CON I PARENTI IN TERMINI SIA QUANTITATIVI CHE QUALITATIVI.

LA DEGENZA PROLUNGATA PUO' RAPPRESENTARE UN ELEMENTO CRITICO SE NON GOVERNATO E' PREVISTO ANCHE UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE

DIMISSIONI

Le dimissioni dal reparto di Lungodegenza devono avvenire nel momento in cui cessa la necessità della fase di assistenza medica e/o infermieristica continuativa e, a questo punto, va adeguatamente e precocemente pianificata la dimissione con il reinserimento del paziente al suo domicilio o in struttura residenziale adeguata.

Casi di opposizione alle dimissioni

CRITICITA': DIFFUSIONE INFEZIONI MULTIRESISTENTI



Table 1.4. Quality of care

■ Top third performers
■ Middle third performers
■ Bottom third performers

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. For the indicators of avoidable hospital admissions and case-fatality rates, the top performers are countries with the lowest rates.

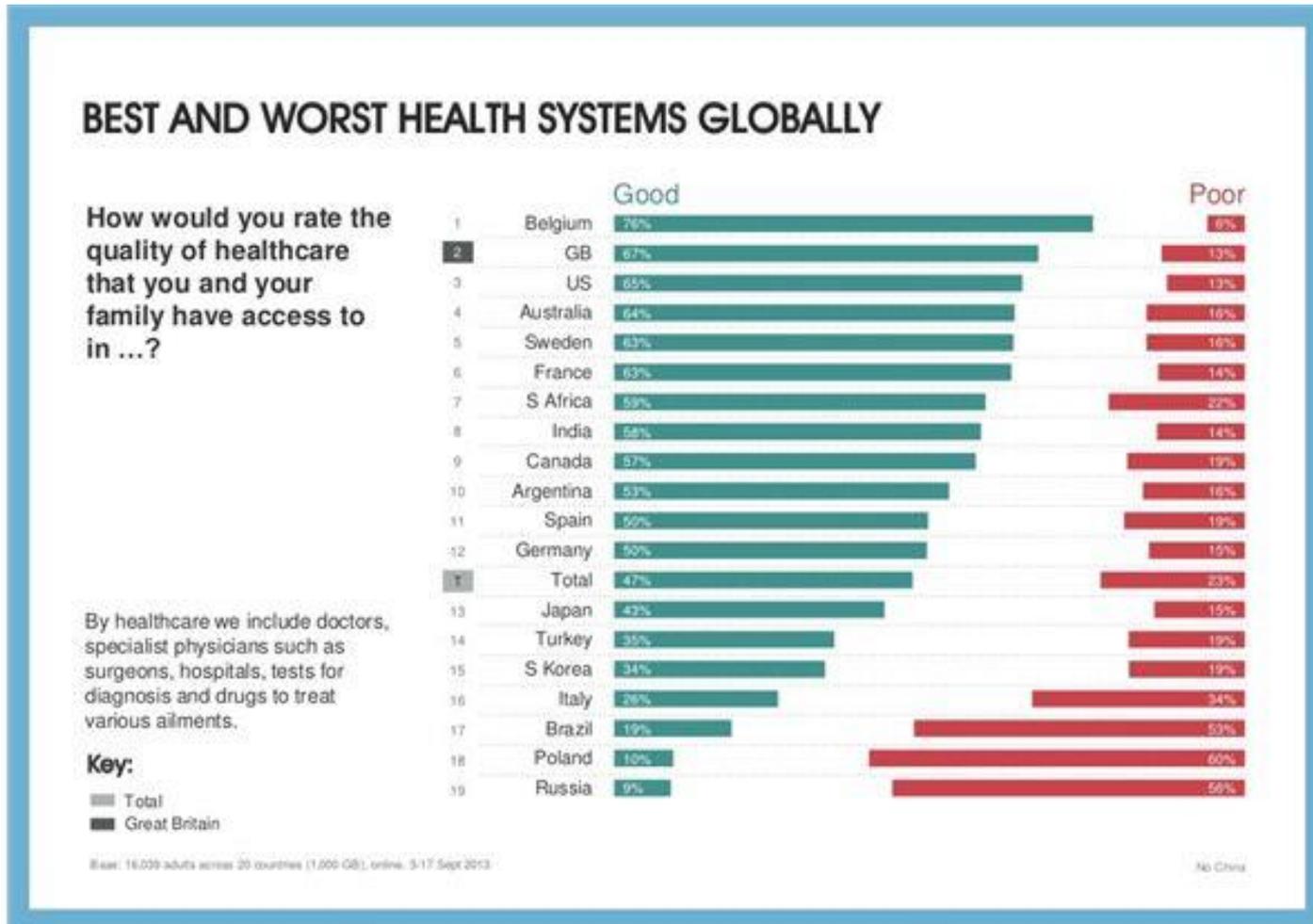
Indicator	Asthma and COPD hospital admission	Diabetes hospital admission	Case-fatality for AMI (admission-based)	Case-fatality for ischemic stroke (admission-based)	Cervical cancer survival	Breast cancer survival	Colorectal cancer survival
Australia	29	17	1	20	11	5	3
Austria	28	29	27	8	19	19	7
Belgium	16	20	19	20	16	12	4
Canada	18	10	11	26	12	8	13
Chile	6	27	31	16	25	23	n.a.
Czech Rep.	12	23	11	22	13	22	21
Denmark	26	14	7	17	5	11	18
Estonia	27	n.a.	28	29	8	25	22
Finland	10	15	9	4	6	4	7
France	7	21	17	13	n.a.	n.a.	n.a.
Germany	21	25	25	8	15	15	10
Greece	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hungary	31	11	30	22	n.a.	n.a.	n.a.
Iceland	14	4	15	14	7	10	n.a.
Ireland	32	16	8	24	20	20	19
Israel	19	9	11	6	10	7	2
Italy	2	1	5	7	3	15	12
Japan	1	18	29	1	4	9	4
Korea	24	30	24	2	2	14	1
Luxembourg	9	19	16	17	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	5	31	32	31	n.a.	n.a.	n.a.
Netherlands	11	6	20	12	16	16	11
New Zealand	30	22	10	14	14	12	15
Norway	17	7	11	5	1	2	13
Poland	20	28	3	n.a.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Slovak Rep.	23	26	17	28	n.a.	n.a.	n.a.
Slovenia	8	13	4	30	23	18	17
Spain	15	3	23	24	n.a.	n.a.	n.a.
Sweden	13	12	2	8	9	1	6
Switzerland	4	2	22	11	n.a.	n.a.	n.a.
Turkey	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	22	5	20	19	22	21	20
United States	25	24	5	3	21	2	9

Source: Health at a Glance 2015.

SISTEMA DI VERIFICHE



LA PERCEZIONE DEL SISTEMA SANITARIO



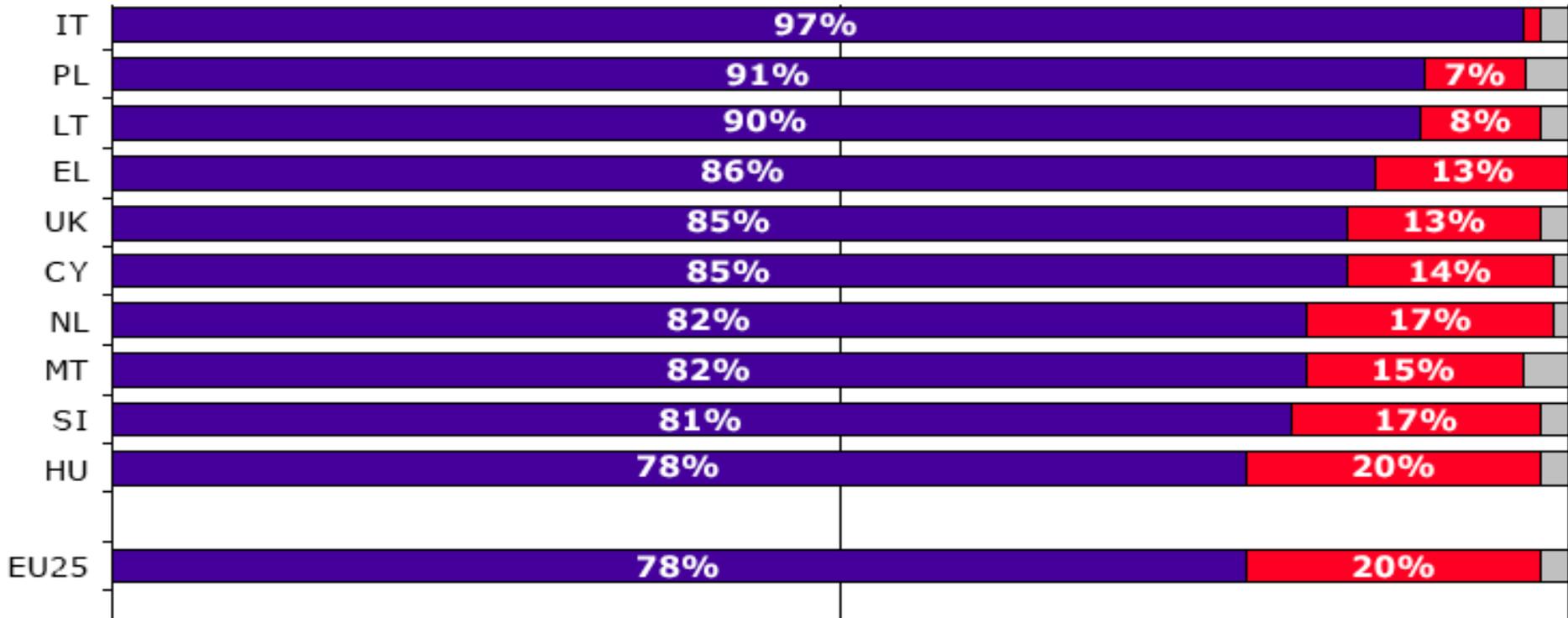
PERCEZIONE DELLA QUALITA' DELLE CURE

Q2 How important a problem do you think medical errors are in (OUR COUNTRY) today? - % country

■ Important

■ Not important

■ DK



CRITICITA': HANDOVER TECNICO/LAICO



DR MARIO LINO VILLA DELLE TERME KORIAN

CONCLUSIONE

