

Convegno CARD
S. Bonifacio 7-10-2016

**La dimissione del paziente dall'ospedale verso
l'ospedale di comunità. Valutazione di 6 anni di
attività dell'ospedale di comunità di Tregnago**

Dr. Roberto Borin

Cure Intermedie

D.G.R. 2718/2012

Cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane)”

Obiettivi delle cure intermedie

- **Facilitare la transizione del paziente dall'ospedale a casa**
- **Facilitare la transizione da una dipendenza medica a una indipendenza funzionale**
 - **Facilitare la transizione dei pazienti dall'ospedale ad un ambiente protetto (ad es. negli ospedali di comunità)**
 - **Prevenire il loro trasferimento dall'ospedale (quando hanno una malattia cronica) ad una istituzione**
 - **Accompagnare i pazienti morenti !!**
 - **Ridurre i costi legati al protrarsi del periodo di ricovero in ospedali per acuti**

Cosa NON è un Ospedale di Comunità

- Non è una Lungodegenza (?)
- Non è una casa di riposo
- Non è una RSA
- Non è un Hospice (!)
- Non è un luogo di attesa per entrare in casa di riposo
- Non sono «posti di sollievo»

Ospedale di Comunità “Giorgio Dal Bosco”



Obiettivi:

- ❖ **abbreviazione dei tempi di diagnosi e terapia mediante l'utilizzo della dotazione diagnostica e tecnologica di base del presidio territoriale dell'Azienda ULSS**
- ❖ **consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità che necessitano di ulteriore monitoraggio clinico**
- ❖ **prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia finalizzato al rientro al domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali.**

Modalita' di accesso

Non sono i familiari o il paziente stesso a fare domanda

L'accesso può avvenire solo su proposta di un Medico, il M.M.G. da domicilio o il Medico di Reparto per il paziente ricoverato



ACCESSO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ



CENTRO ASSISTENZA FERMO SISTO ZERBATO
Via Massalongo, 6 – Tregnago (VR)
tel. 045/7807218

AZIENDA ULSS20 DI VERONA
Distretto n.4 di S. Bonifacio Verona
tel. 045/6138433

Inviare al fax del Distretto
045/6138170

Intestataria fattura MODULO PROPOSTA ACCESSO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ DI TREGNAGO

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ C.F. _____

Residenza _____

Persona di riferimento _____ tel _____

Persona di riferimento _____ tel _____

Provenienza Ospedale _____ Domicilio ADP ADI

Reparto _____ Tel. _____

CONDIZIONI GENERALI BUONE DISCRETE SCADENTI PESSIME

STATO MENTALE LUCIDO DISORIENTATO ULCERE DA DECUBITO SI NO

OSSIGENOTERAPIA SI NO ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE SI NO

SONDINO SI NO CVC SI NO PEG SI NO

TRACHEOSTOMIA SI NO DIABETICO SI NO INSULINODIPENDENTE SI NO

CATERE VESCICALE SI NO INCONTINENTE SI NO

CAMMINO AUTONOMO SI NO CARROZZINA SI NO

AUSILIO SI NO SE SI QUALE _____

Motivo per l'ingresso ed eventuale diagnosi di dimissione _____

Terapia: _____

Abbisogna di convalescenza post chirurgica post internistica riabilitativa

N.B. 1. Al momento della dimissione allegare copia degli esami strumentali e biomorali

2. Per i pazienti da domicilio previo accordo con il medico del distretto referente ADI

Data _____ Timbro e Firma Medico proponente

Si autorizza SI NO Medico del Distretto Data _____

In ottemperanza alla vigente normativa, il servizio di Ospedale di Comunità risulta gratuito per gli assistiti fino al 30° giorno di degenza, dal 31° giorno è richiesta una quota di compartecipazione fissata in 25,00 euro al giorno, che aumenta a 45,00 euro al giorno dal 61° giorno di degenza.



PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI

- BPCO, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in Ossigeno terapia, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo continuo della saturazione né di controlli della emogasanalisi arteriosa;
- vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- patologie cardiache croniche in fase di compenso labile. I Pazienti non devono necessitare di terapia diuretica endovenosa continuativa né di controllo continuo di parametri vitali (PA, SAT O₂);
- sindromi dispeptiche, gastroenteriti non più infettive;

PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI

- malattie croniche del fegato non scompenstate e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici;
- infezioni delle vie urinarie con o senza ritenzione di urina, o cicli di terapia per 15-20 giorni;
- cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- patologie infettive di non particolare impegno diagnostico-terapeutico che non necessitino di isolamento (herpes zoster, ecc.);
- malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- pazienti con traumi lievi da caduta, non direttamente trasferiti dal Pronto Soccorso;
- pazienti con esiti di intervento chirurgico maggiore.

CRITERI DI ACCOGLIBILITÀ

- assenza di problematiche acute in atto;
- condizione clinica relativamente stabile (Scala MEWS);
- inquadramento diagnostico ben definito;
- programma terapeutico ben delineato;
- invio del **“Modulo proposta accesso in Ospedale di Comunità”** (allegato 1) **completo in tutte le sue parti.**

CRITERI DI NON ACCOGLIBILITÀ

- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS);
- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di accoglibilità);
- programma terapeutico non ben delineato;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia;
- unica motivazione all'ingresso presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, escluso isolamento per patologie trasmissibili con contatto;
- **“Modulo proposta accesso in Ospedale di Comunità”** (allegato 1) **non valutabile perché incompleto;**

In particolare il trasferimento del paziente deve essere sospeso se, nelle **48 precedenti il trasferimento**, è presente uno dei seguenti criteri:

- Frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm
- Pressione arteriosa sistolica <70 o ≥ 200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg
- Temperatura ascellare $\geq 38,5$ °C
- Frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile)
- Sanguinamento in atto
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta
- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi.

Riconoscimento dei pazienti critici

Modified *Early Warning Score* (MEWS)



Attenzione se punteggio > 4

	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
PA sistolica mmHg	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Frequenza respiratoria		< 9		9 -14	15-20	21-29	≥ 30
Temperatura °C		< 35		35-38.4		≥ 38,5	
Livello di coscienza				A	V	P	U

PROBABILITA' DI DETERIORAMENTO CLINICO

0-2 low; 2-4 medium; >4 high

CRITERI DI GESTIONE LISTE DI ATTESA

Primo criterio di gestione delle liste d'attesa è la data di arrivo della richiesta; fatta salva la necessità di considerare prioritarie le seguenti condizioni:

- bilanciamento tra le richieste provenienti dall'ospedale e dal territorio in relazione alle rispettive necessità;
- criticità legate a periodi di elevata morbosità segnalate dalle Direzioni Ospedaliere;
- esigenza di liberare con urgenza posti letto in area medica o chirurgica segnalate dalle Direzioni Ospedaliere;
- case mix sostenibile dalle singole strutture intermedie.

Provenienza pazienti

provenienza	N°	%
Domicilio	123	59.4
Ospedali	79	38.2
altro	5	2.4
TOTALE	207	

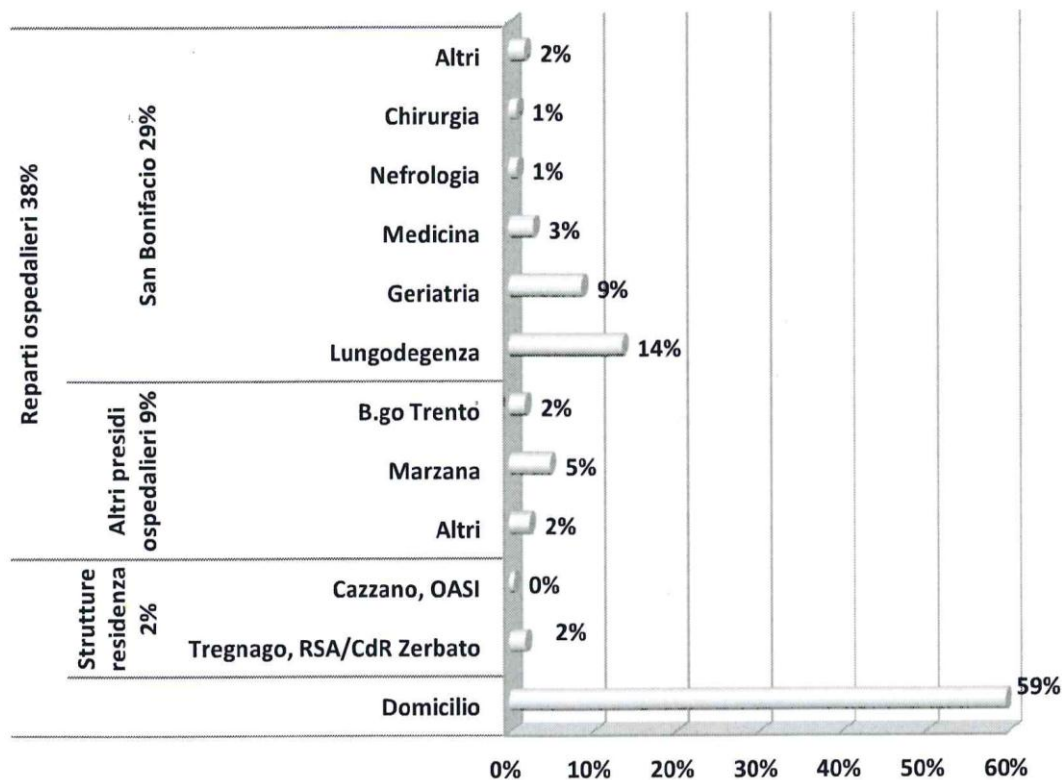
Provenienza dei pazienti

Ospedale di Comunità di Tregnago - Statistiche 2015

Periodo 01/01/2015 al 31/12/2015

Continuità assistenziale ospedale-territorio

Classificazione per provenienza



Destinazione pazienti alla dimissione

destinazione	N°	%
Domicilio	170	82.1 %
Ospedali	12	5.8 %
Strutture residenziali	17	8.2 %
Decesso	8	3.9 %
TOTALE	207	

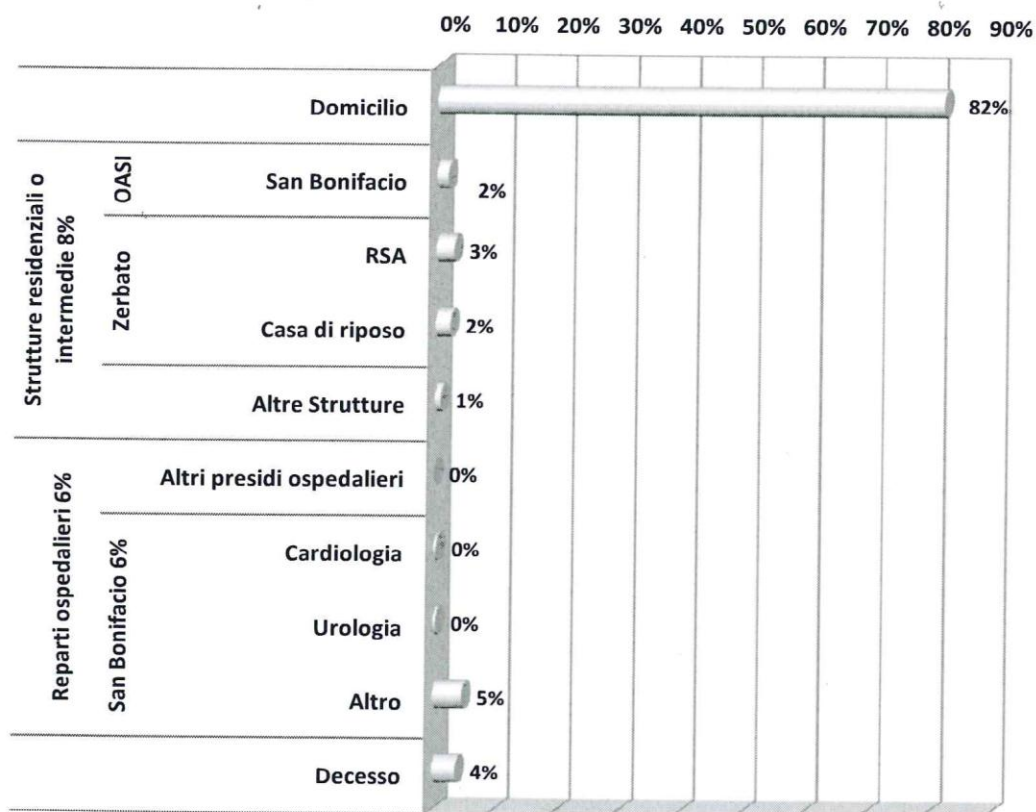
Destinazione dei pazienti

Ospedale di Comunità di Tregnago - Statistiche 2015

Periodo 01/01/2015 al 31/12/2015

Continuità assistenziale ospedale-territorio

Classificazione per destinazione

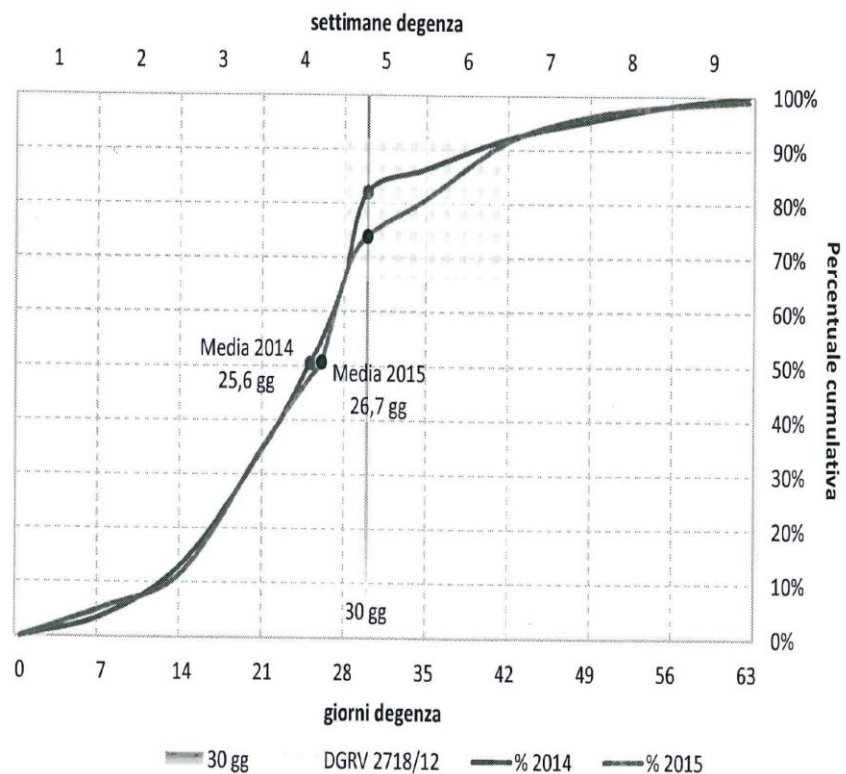


Distribuzione cumulativa gg/settimane di degenza

Ospedale di Comunità di Tregnago - Statistiche 2015

Periodo 01/01/2015 al 31/12/2015

Dimissioni: distribuzione cumulativa gg/settimane degenza



PROBLEMI APERTI

Quale sarà la programmazione futura

Quale sarà il modello di assistenza medica

La possibilità di trasferimento da Pronto Soccorso

GRAZIE