



**SOCIETÀ MEDICA
DI SANTA MARIA NUOVA**

IX EDIZIONE

**Giornate Mediche di
Santa Maria Nuova 2017**

L'Ospedale dei Fiorentini



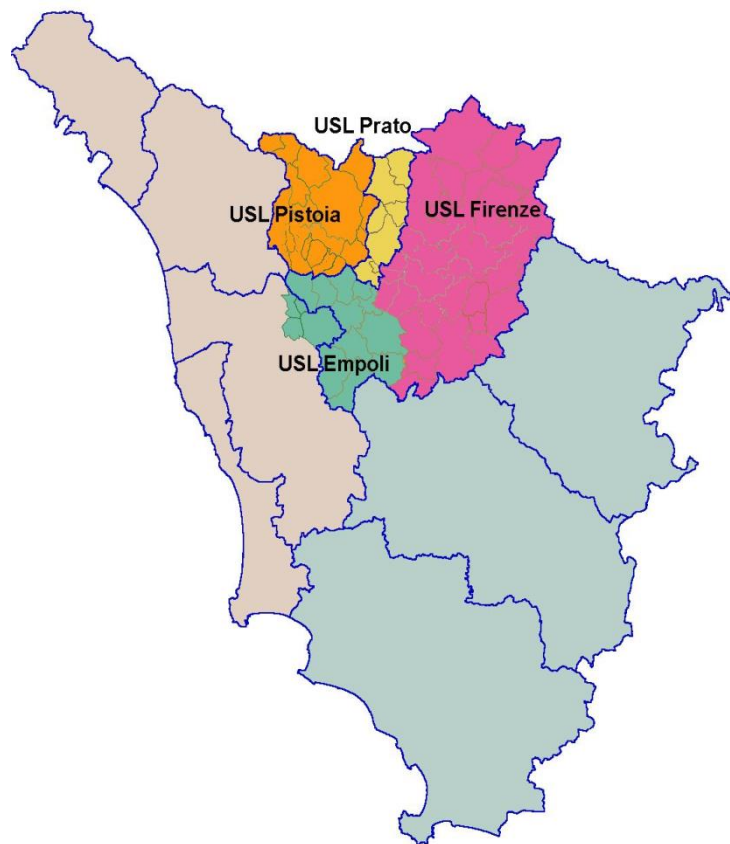
La dimissione difficile in Area Medica

GIANCARLO LANDINI

**Direttore Dipartimento
Specialistiche Mediche AUTC**



Azienda USL Toscana Centro



Dal 1 gennaio 2016 è costituita l'Azienda USL Toscana centro, che riunisce la 4 precedenti aziende dell'area vasta (ex Asl 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli).

DIPARTIMENTO SPECIALISTICHE MEDICHE:

Gestione **AREE MEDICHE** di 11 ospedali con ricoveri di Medicina, Geriatria, Neurologia, Nefrologia, Gastroenterologia Cardiologia ,Pneumologia, Malattie Infettive **RICOVERI ANNUI: 32.812**

Degenza media variabile 5- 10 giorni
Riammissioni a 30 giorni dal 5 al 20 %
Problema della unificazione e standardizzazione della performance.

Percorso medico

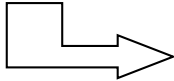
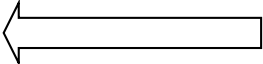
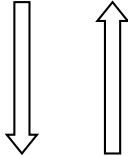
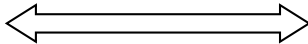
Cure Primarie
MMG
infermiere
fisioterapista
Sanità di Iniziativa
CCM

Cure intermedie: low care, RSA temp.

AREA MEDICA OSP.
Degenza inten.cure
Day Service Mult.

Percorso emergenza urgenza- DEU

Possibile declinazione diversa nelle singole Zone





BUONE PRATICHE PER LA TRANSIZIONE EFFICACE OSPEDALE-TERRITORIO

- Appropriatelyzza della dimissione
- Identificazione dei fattori di rischio di potenziale rientro precoce in ospedale
- Il consenso e preparazione del paziente e della famiglia
- L'informazione/condivisione con MMG



Presa in carico interprofessionale

- Il paziente è preso in carico.
- -dal **Medico Tutor**
- -dall' **Infermiere Referente**
- I rapporti interprofessionali devono avvenire in maniera **chiara e condivisa** e per questo devono essere preordinati e strutturati in momenti precisi di raccordo.



BRIEFING

- Momento strutturato di interconnessione fra professionalità
- Elemento essenziale della nuova organizzazione ospedaliera che permette di lavorare fra medici e infermieri in parallelo e non più in serie (superamento del "giro visita")
- Elemento essenziale è la cartella informatizzata e il suo uso durante il briefing e durante il lavoro del medico e dell'infermiere.



Progetto Piano per Ogni Paziente



Legenda Piano per ogni Paziente	
RX	RX in generale
ECO	Esame Ecografico
TC	Tac in generale, diretta
TC-mdc	Tac in generale, con mdc
RM	Risonanza Magnetica
(R)	Risultati esami radiologici
ECG	Elettrocardiogramma
ECOC	Ecocardiogramma
ECD	Ecocolordoppler
ECOS	Ecostress
Holter	Holter cardiaco
CORO	Coronarografia
GASTRO	Gastroscofia
COLON	Colonscopia
BRONCO	Broncoscopia
ERCP	ERCP
EEG/EMG	Elettroencefalogramma/elettromiografia
CONS/VIS	Consulenza o visita altra U.O.
RACHI	Rachicentesi
BOM	Biopsia osteomidollare
TORA	Toracentesi
PARA	Paracentesi
INT	Intervento chirurgico
CVC	Inserimento Catetere Venoso Centrale
PIC	Inserimento PIC
IV/ IV	Infusione endovenosa/sospensione infusione
O2/ O2	Ossigenoterapia/sospensione ossigenoterapia
NIV	Ventilazione non invasiva
OTLT	Ossigenoterapia a lungo termine
O2d	Ossigenoterapia in corso a domicilio
CVP	Catetere vescicale a permanenza
CV/ CV	Catetere vescicale/rimozione catetere vescicale
CAR	Progetto speciale Dimissione Complessa (i,c,f,s)
AUS	Ausili
!▲	Evento clinico
?	Punto di decisione
●	Ammissione in reparto
▲	Data prevista per la dimissione
▲	Data riprogrammata per la dimissione
●	Dimissione effettiva
Nero	In nero le attività pianificate/attuate
Rosso	In rosso le attività ri-pianificate
Verde	In verde gli appuntamenti degli esami

D

I

A

G

N

O

S

T

I

C

A

A

S

T

E

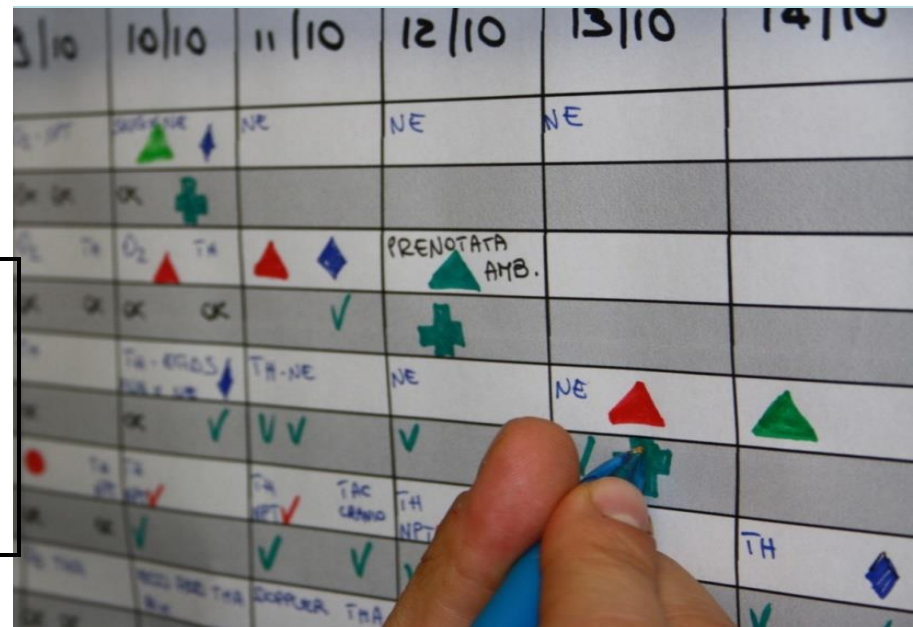
R

A

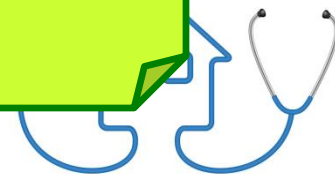
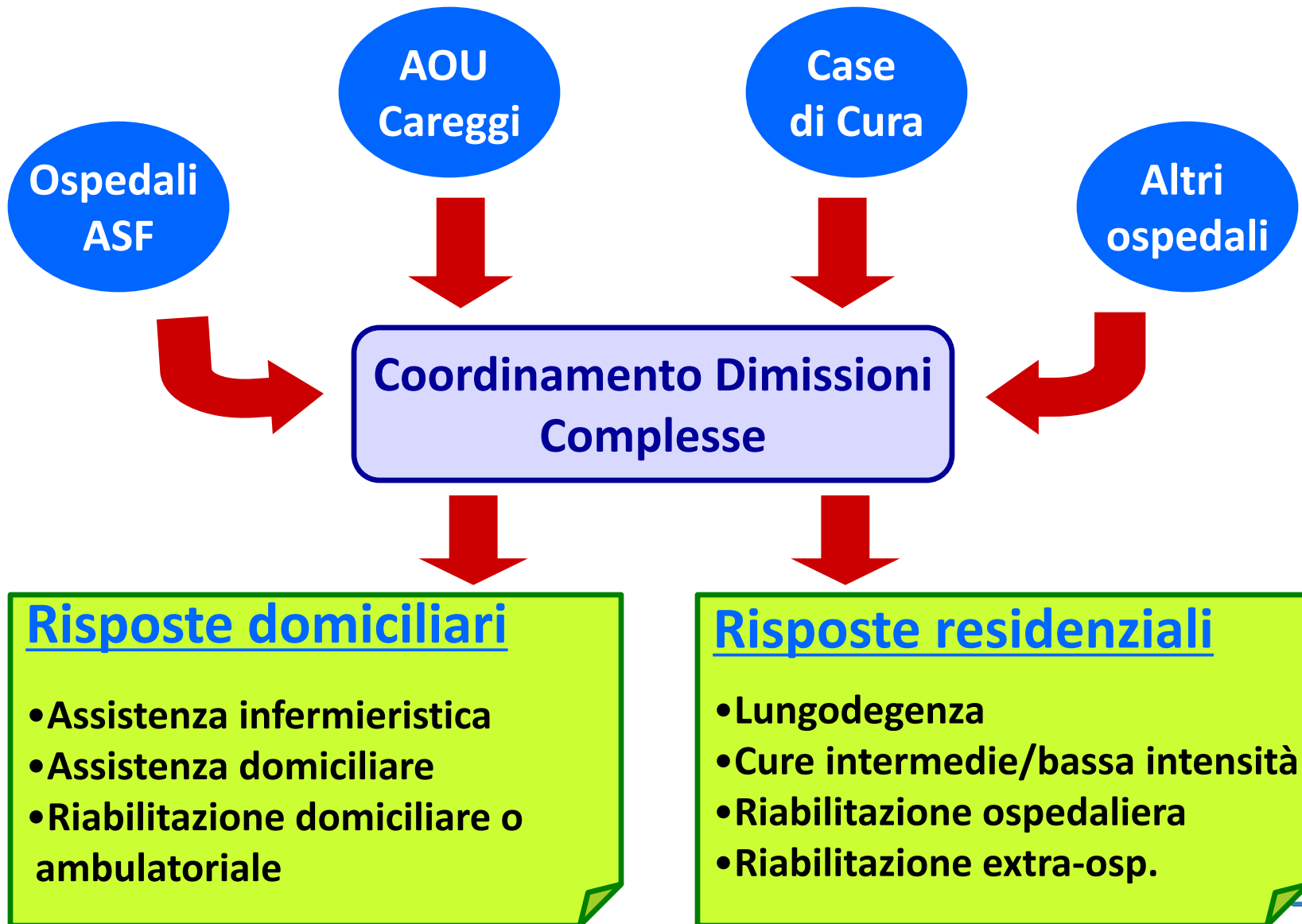
P

I

A



Gestione delle dimissioni complesse



Principi fondamentali

- Gestione **informatizzata** del processo in rete in modo da collegare tutti i soggetti coinvolti in tempo reale – software dedicato
- **Tempistica** di segnalazione da parte dell'ospedale e di risposta da parte del territorio definita in maniera rigorosa, condivisa e rispettata



Coordinamento Dimissioni Complesse

1) Riceve le segnalazioni

2) Predisporre il piano in base a indicazioni e disponibilità

3) In caso di non disponibilità propone alternativa



GESTIONE DELLE RISORSE



RISPETTO DELLA TEMPISTICA



POSTI LETTO PUBBLICI ORDINARI	103-Pistoia	104-Prato	110-Firenze	111-Empoli	Careggi	Meyer	Totale
reparti per acuti di area medica	563	458	790	325	1096	176	3408
riabilitazione intensiva ospedaliera cod 56	6	31	70	14	8		129
lungodegenza cod 60				4			4

POSTI LETTO CONVENZIONATI ORDINARI

reparti per acuti di area medica	27	47	56	47			177
riabilitazione intensiva ospedaliera cod 56			236				236
lungodegenza cod 60			305				305

Posti letto Pubblici Ordinari+privati convenzionati	103-Pistoia	104-Prato	110-Firenze	111-Empoli	903-A.O. Careggi	904-A.O. Meyer	Totale
reparti per acuti di area medica	590	505	846	372	1096	176	3585
riabilitazione intensiva ospedaliera cod 56	6	31	306	14	8	0	365
lungodegenza cod 60	0	0	305	4	0	0	309
Totale	596	536	1457	390	1104	176	4.259

ASL	103-Pistoia	104-Prato	110-Firenze	111-Empoli
popolazione residente	291.788	253.245	832.765	241.704

Posti letto Pubblici Ordinari+privati convenzionati	103-Pistoia	104-Prato	110-Firenze	111-Empoli
reparti per acuti di area medica	590	505	2118	372
riabilitazione intensiva ospedaliera cod 56	6	31	314	14
lungodegenza cod 60	0	0	305	4
RSA - modulo base	583	826	3335	547
RSA - modulo stati vegetativi	16	10	27	6
Hospice	0	10	32	0

Posti letto Pubblici Ordinari+privati convenzionati / 1000 residenti	103-Pistoia	104-Prato	110-Firenze	111-Empoli
Reparti per acuti di area medica	2,0	2,0	2,5	1,5
Riabilitazione intensiva ospedaliera cod 56	0,0	0,1	0,4	0,1
Lungodegenza cod 60	0,0	0,0	0,4	0,0
RSA - modulo base	2,0	3,3	4,0	2,3
RSA - modulo stati vegetativi	0,1	0,0	0,0	0,0
Hospice	0,0	0,0	0,0	0,0



Sistema Cure Intermedie Regione Toscana

- DELIBERA 909 del 7/8/2017
- SETTING 1(Low care): fase post acuta, rischio di instabilità NEWS 3(medico h 24)
- SETTING 2 (TipoA) basso rischio di instabilità NEWS 2(medico h 12)
- SETTING 3 (Tipo B) solo criticità assistenziali NEWS 0-1(presa in carico da parte del MMG)

Rapporti strutturati fra AREA MEDICA e TERRITORIO

- **DAY SERVICE MULTIDISCIPLINARE**: sistema complesso di interfaccia ospedale-territorio e dotato di varie specialistiche con **case manager infermieristico** e **GESTIONE UNITARIA** data dalla Medicina Interna:
TIPO A visita specialistica integrata con presa in carico,
TIPO B pacchetti diagnostici(gestiti dai MMG)
- Il Day Service può essere attivato :
 - 1) Per dimissione precoce dai reparti
 - 2) Dal MMG per risolvere problemi diagnostico-terapeutici complessi(anche dopo un fast track)
 - 3) Dal DEA come alternativa al ricovero

REGIONE
TOSCANA



Servizio
Sanitario
della
Toscana



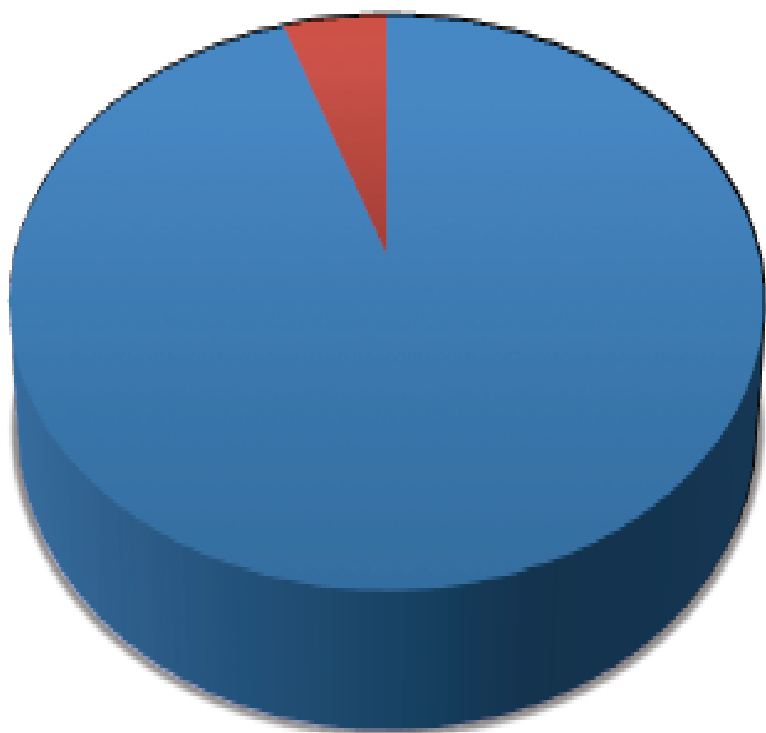
REVOLVING DOOR SYNDROME :

**DALL'ANALISI DEI RICOVERI RIPETUTI IN MEDICINA INTERNA
DELL'OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI FIRENZE
ALL'IDENTIFICAZIONE DEL PROFILO CLINICO DEL PAZIENTE
A RISCHIO DI REINGRESSO PRECOCE**

TESI DI: DOTT.SSA ELEONORA BARGELLINI

RELATORE: DOTT. GIANCARLO LANDINI

5,16%

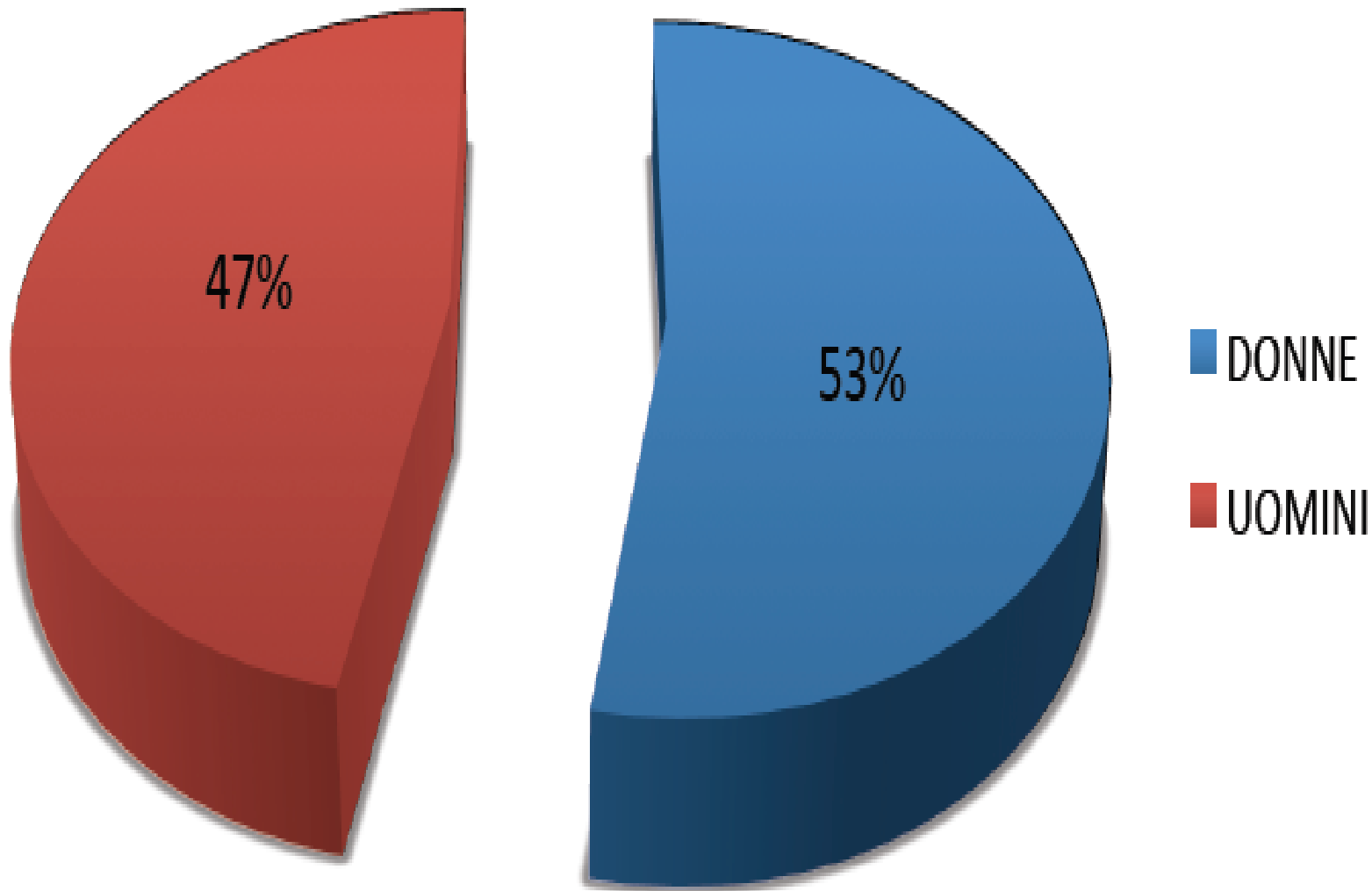


→ TASSO di RIOSPEDALIZZAZIONE a 30 gg.

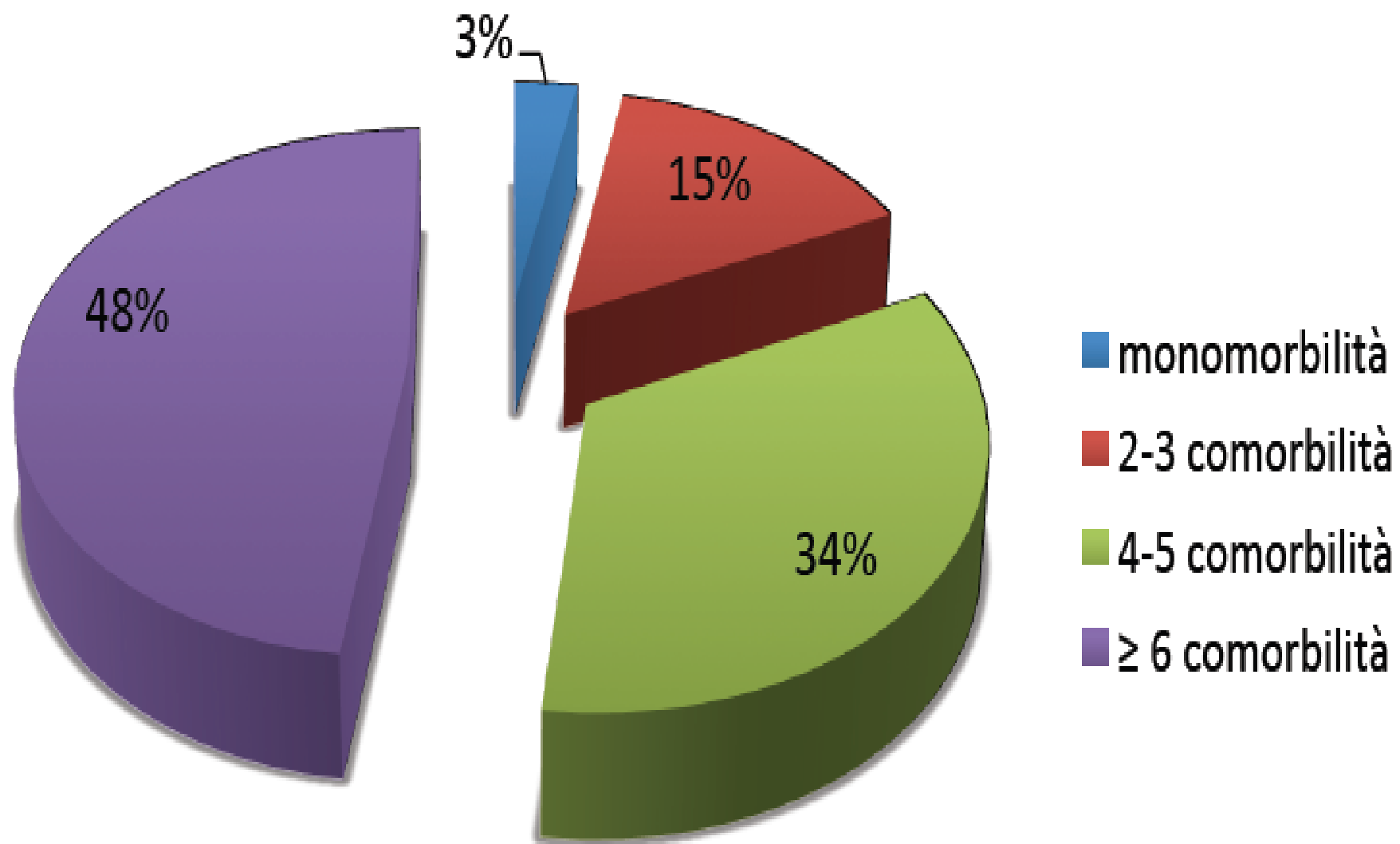
N° riammissioni (01/01/2015-30/06/2016)

%

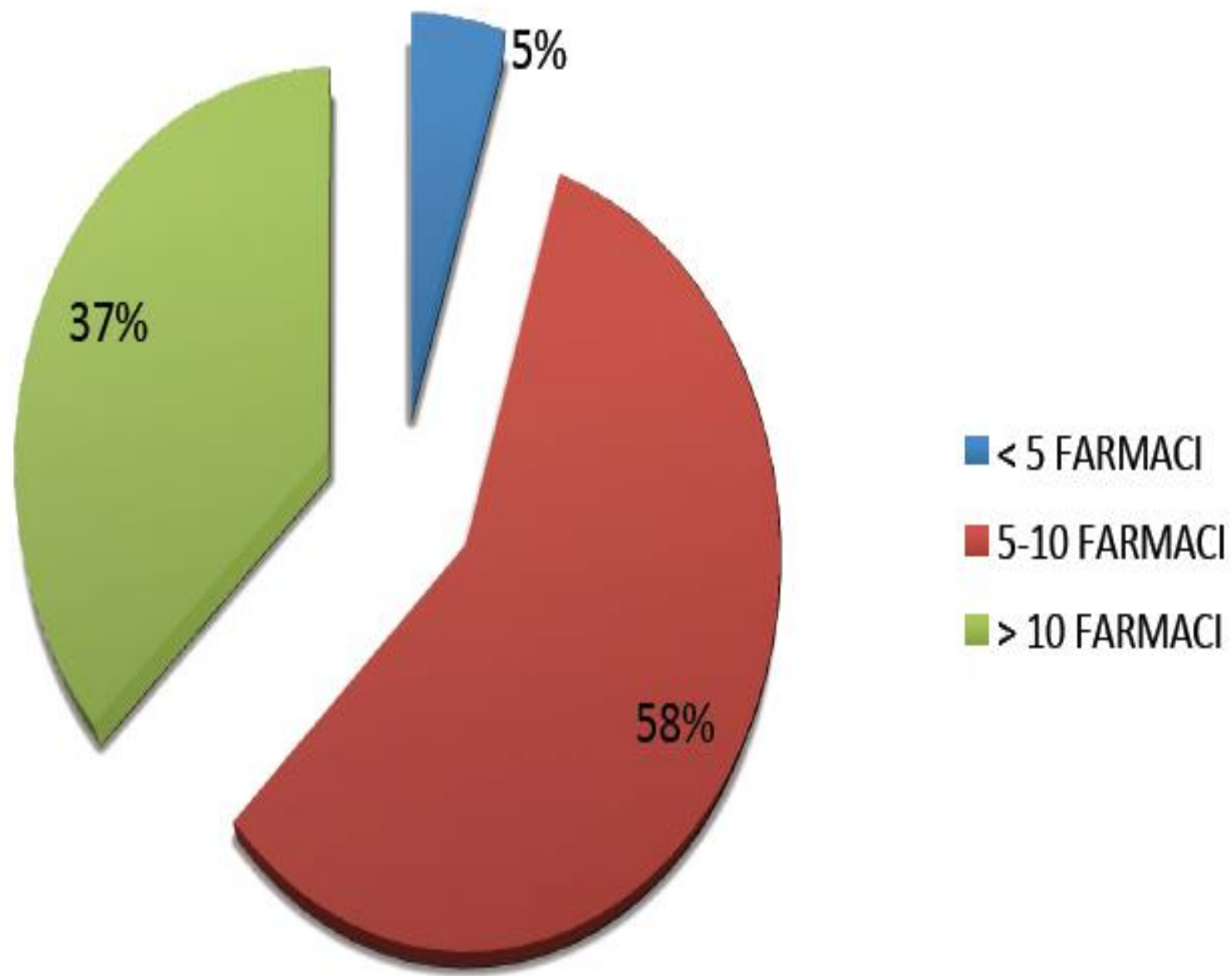
N° ricoveri tot. (01/01/2015-31/05/2016)



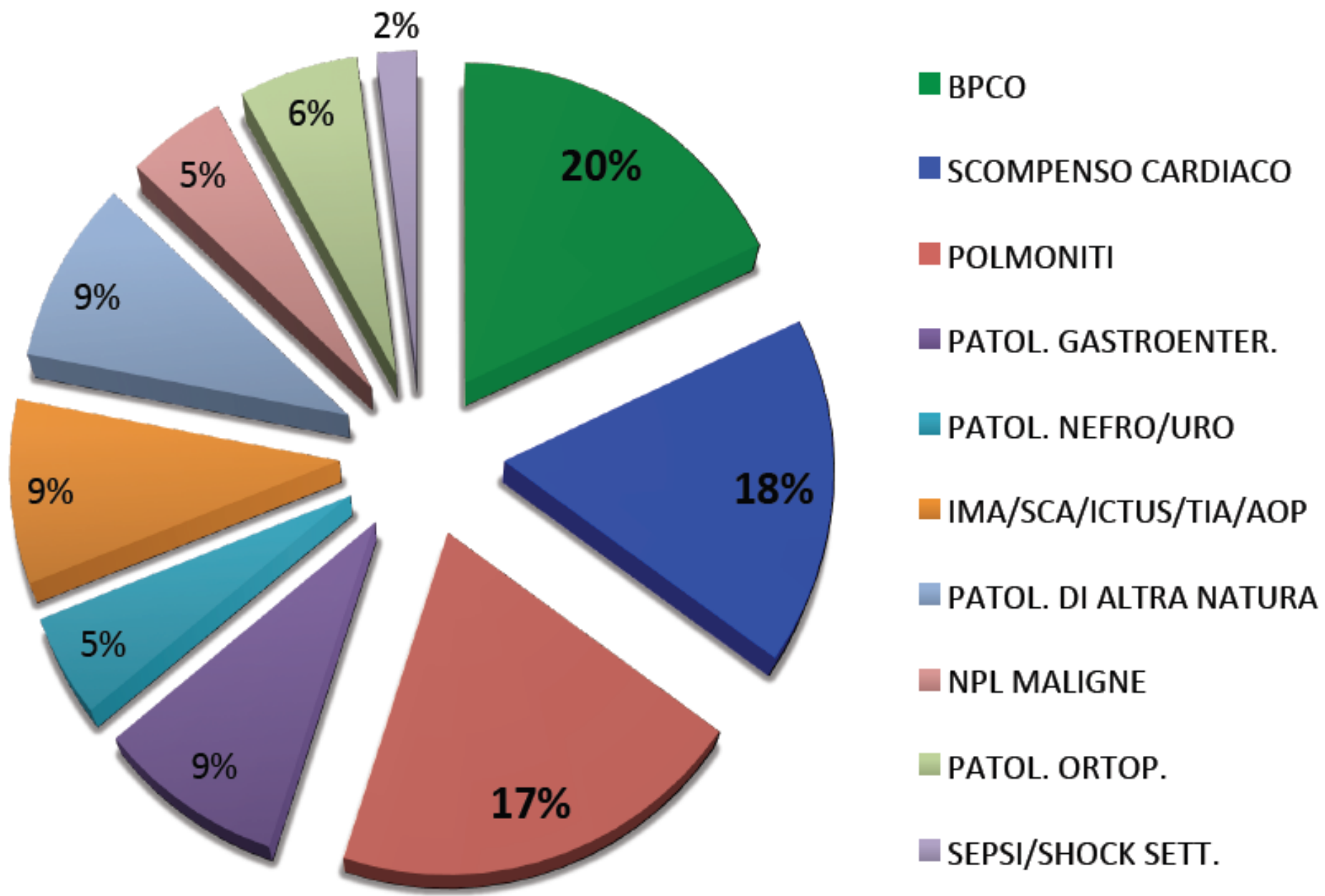
Età media dei pz *revolving door* = 82,9 anni

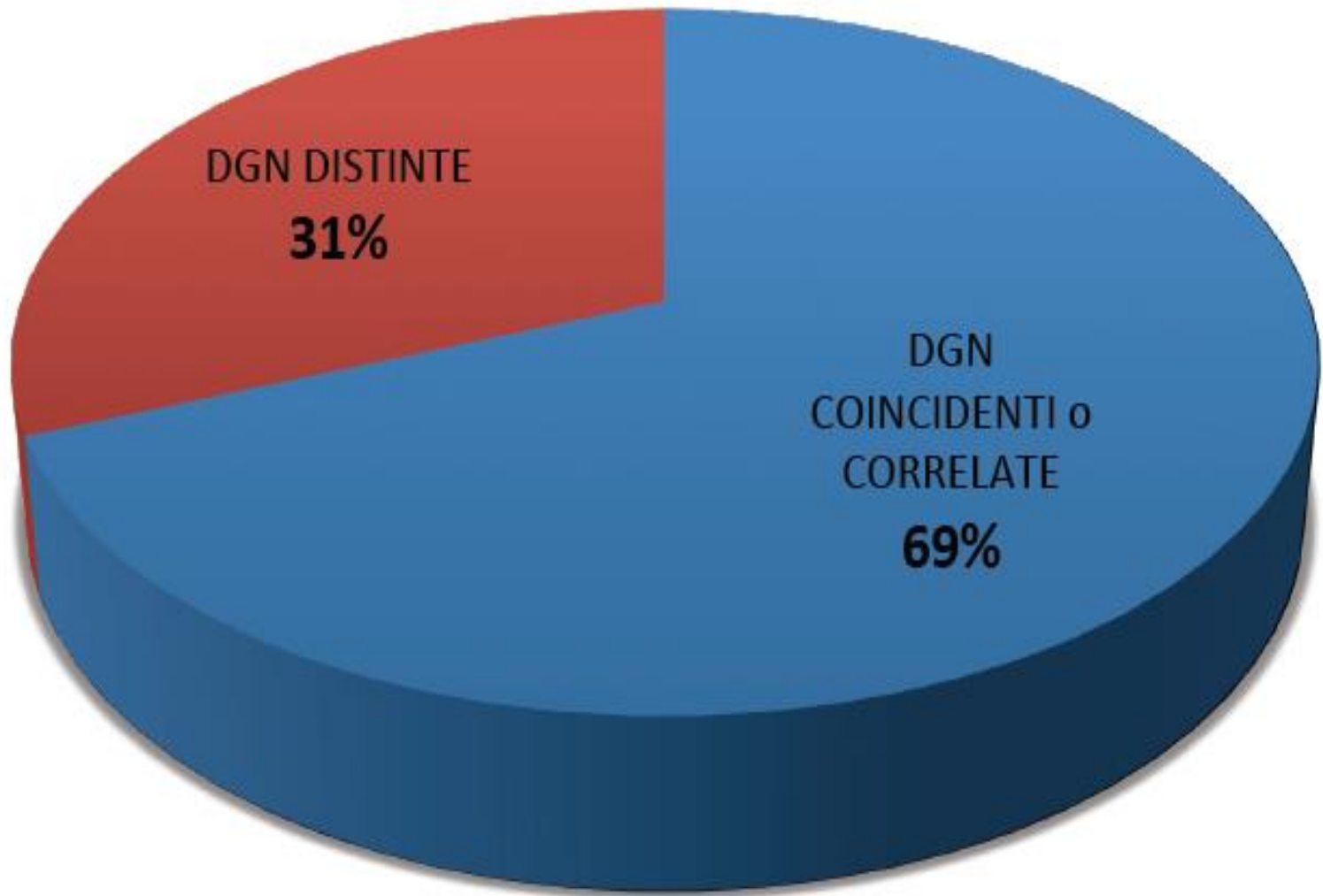


N° medio di comorbidità croniche alla dimissione del ricovero indice = 5,4

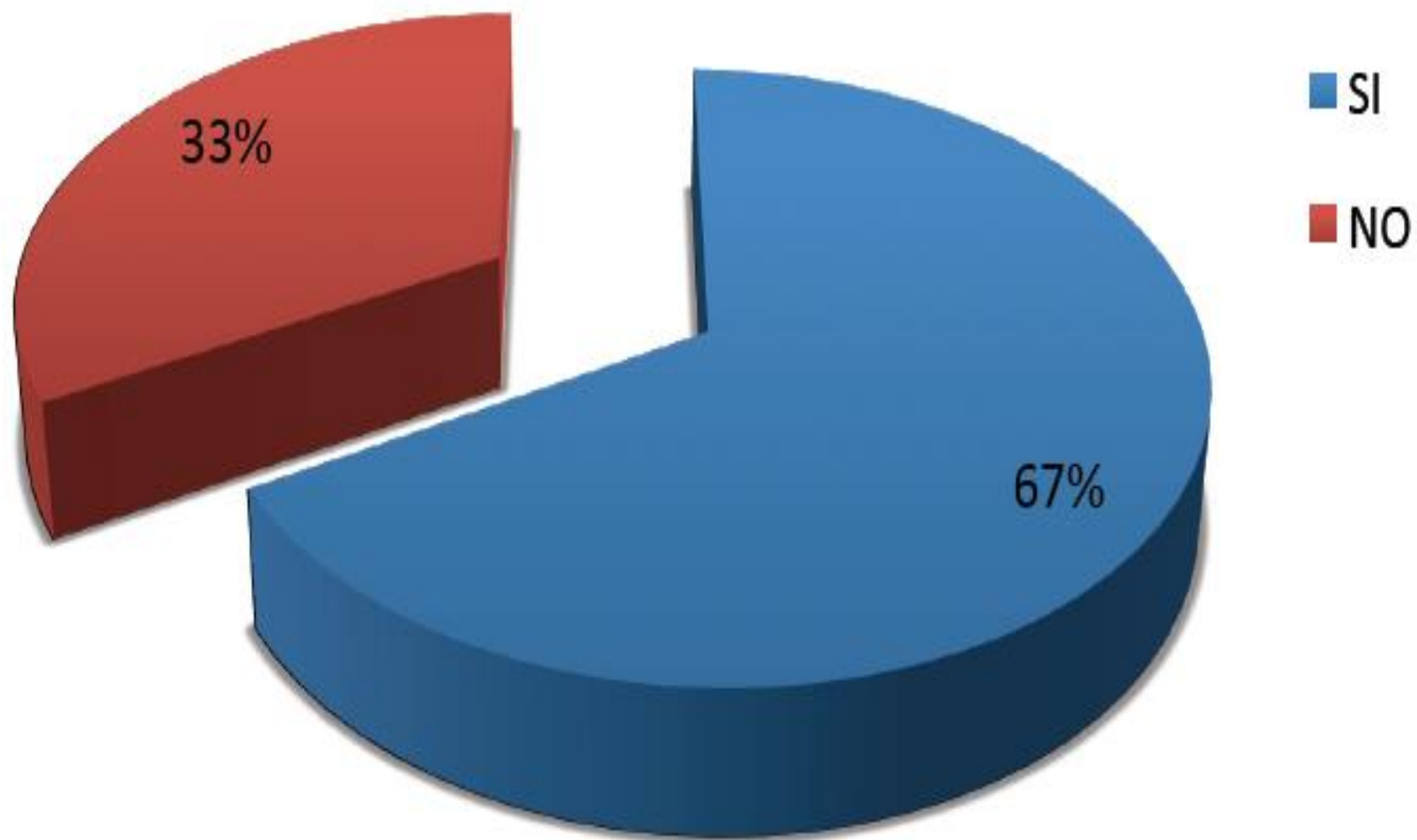


N° medio di farmaci in dimissione al ricovero indice = 9,7



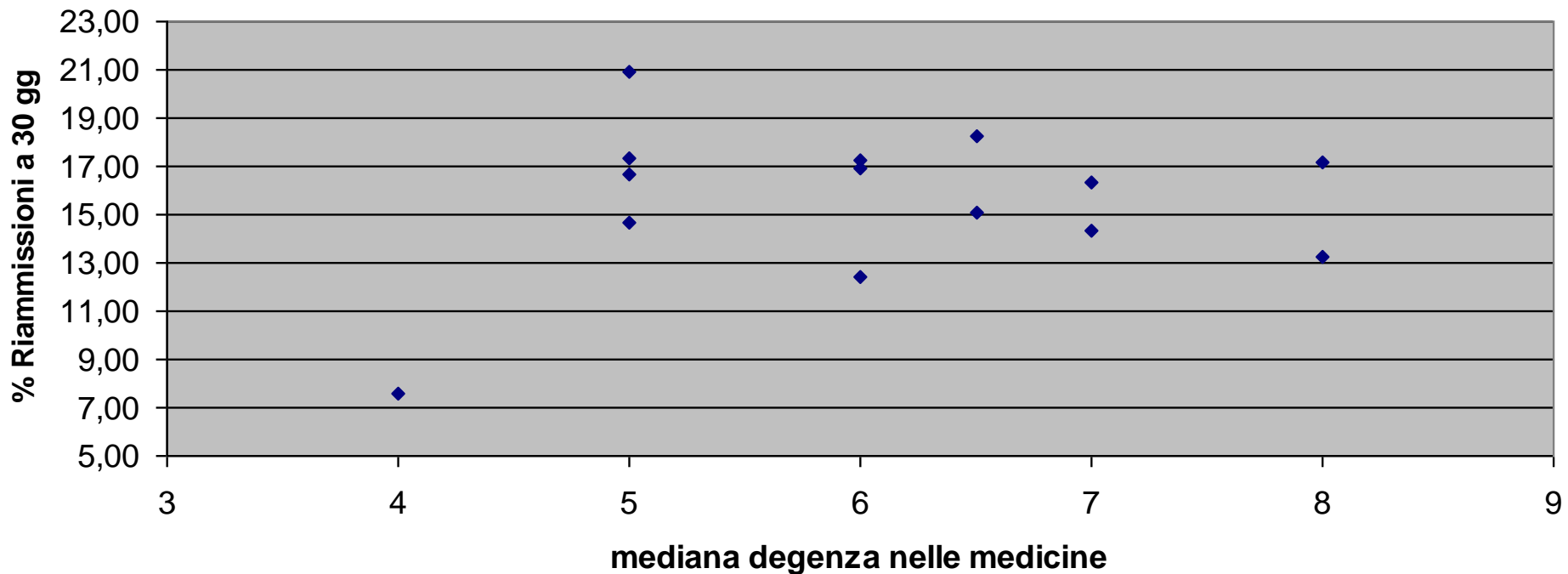


Sei al corrente del ricovero / dimissione dei tuoi assistiti?



**Sembra *non esistere* una relazione tra
durata della degenza e riammissioni
a 30 giorni per tutte le cause**

relazione tra degenza e riammissioni



OR delle variabili associate alle riammissioni (OR=odd ratio, stima del rischio relativo)

Durata degenza	OR	IC 95%	
1-5 giorni	1		
6-8 giorni	1.2	1.1-1.3	I ricoveri di questa durata si associano significativamente alla riammissione di 1,2 volte
uguale a 9 giorni	1.5	1.4-1.6	Di 1.5 volte per quelli superiori a 9 giorni, sempre in modi significativo

Conclusione: la lunghezza del ricovero si associa in modo statisticamente significativo alla riammissione, quindi si **può negare** l'ipotesi che ai ricoveri brevi si associno più riammissioni


Età	OR	IC 95%	
<45 anni	0.5	0.4-0.6	Classi di età protettive rispetto alla riammissione in modo significativo
46-65 anni	0.9	0.8-0.9	
66-80 anni	1		
>81 anni	1.1	1-1.1	I più anziani vengono riammessi maggiormente

Dimissione all' interno di un percorso integrato di cura

- Per i pazienti complessi polipatologici dimessi dalle nostre aree mediche la dimissione non deve essere altro che un passaggio di setting di cura (processo multiprofessionale)
- Va strutturato e condiviso il passaggio con chi prenderà in cura il paziente (caregiver, MMG, infermieri domiciliari, cure intermedie)

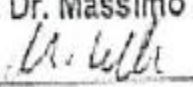
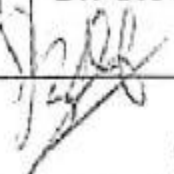


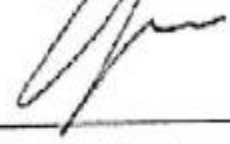
“WALK THE TALK”

- Dimissione del paziente all'interno di un **PERCORSO DI CURA PREORDINATO** ospedale-territorio:
- **PDTA SCOMPENSO CARDIACO AUTC**
- **CARDIOLOGIA**
- **MEDICINA**
- **GERIATRIA**

 Servizio Sanitario della Toscana	Azienda USL Toscana Centro	Codice	Revisione	Pagina
	Scompenso cardiaco	PDIA/ACT/001	n.0	1 di 22

Presidio: Azienda USL Toscana Centro

Struttura organizzativa: Dipartimento di Area Medica e Specialistiche Mediche

Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
1.12.2016	Gruppo di lavoro Scompenso Cardiaco Azienda USL Toscana Centro Coordinatore Dr. Massimo Milli 	Dr. Giancarlo Landini Dr. Francesco Bellandi Dr. Giovanni Maria Santoro   	Direttore Sanitario Dr. Emanuele Gori 

Gruppo di lavoro Scompenso Cardiaco Azienda USL Toscana Centro

Dr. Massimo Milli: Coordinatore gruppo di lavoro



Dimensioni carattere: [-] [+] Alto contrasto [] Layout [] Reimposta []



Area riservata | Dove siamo | Mappa del sito | Contatti | Webmail | Accessibilità |

- Home
- Agenzia
- Eventi
- Pubblicazioni
- Progetti
- Banche dati
- Press room
- Amministrazione trasparente
- Lavorare con noi

INDIETRO

ATTENZIONE!

I campi segnalati in arancione presentano errori di formato
* Campi obbligatori
** La data di dimissione deve essere superiore alla data di ingresso

Scheda paziente

Iniziali (nome e cognome)*:

Data di nascita: [] [] [] [] [] [] [] [] []

Sesso: []

N. pratica SDO *:

SCOMPENSO CARDIACO

Tipo scompenso: []

Data ingresso **: [] [] [] [] [] [] [] [] []

Data dimissione **: [] [] [] [] [] [] [] [] []

Peso all'ingresso: Kg

Pressione arteriosa alla dimissione: max min mmHg

Peso «secco» alla dimissione: Kg

Frequenza cardiaca alla dimissione bpm

FC < 70 bpm Raccomandazione Linee Guida ESC
2012 scompenso cardiaco

Valore all'ingresso pg/ml

Valore * alla dimissione * pg/ml

BNP < 250 pg/ml
NT-proBNP < 1000 → **Basso** rischio di
recidiva di SC

BNP 250-500 pg/ml
NT-proBNP 1000-5000 → **Medio** rischio di
recidiva di SC

BNP > 500 pg/ml
NT-proBNP > 5000 → **Alto** rischio di
recidiva di SC

Funzionalità renale:
Clearance creatinina

MDRD * ml/min

Na alla dimissione mEq/l

CrCl > 60 ml/min → **Basso** profilo di
rischio

CrCl 30-60 ml/min → **Medio** profilo di
rischio

CrCl < 30 ml/min → **Alto** profilo di rischio



ECOCARDIOGRAMMA:

Disfunzione sistolica VS: *

Disfunzione diastolica VS:

ECG: *

BBS:

Pacemaker:

Istituzione della figura dell'infermiere di transizione a cui fanno riferimento tutti i reparti di degenza (Cardiologia Med Int , Geriatria ecc) per segnalare la dimissione di un pz con scompenso.

Compiti dell'Inf di transizione:

- Counseling pre dimissione particolarmente mirato a stili di vita, modalità di assunzione, finalità ed effetti collaterali della terapia medica prescritta
- Consegna della modulistica per pz e MMG
- Pianificazione dei controlli ambulatoriali di follow-up

Salva dati e calcola score

Score calcolato dal sistema:
< 15 bassa probabilità di reingresso ospedaliero
> 15 alta probabilità di reingresso ospedaliero

FOLLOW-UP DOPO LA DIMISSIONE OSPEDALIERA

**PZ A BASSO
PROFILO DI RISCHIO
(SCORE < 15)**

Follow-up di 6 mesi presso
l'ambulatorio Scompenso Cardiaco
1° visita medica a 20/30 gg
2° visita Amb Infermieristico 3 mesi
3° visita medica di rivalutazione
conclusiva

Pz stabile

Reinvio al
MMG

Follow-up
telefonico

Pz instabile

Prosecuzione
del Follow-up
ambulatoriale
e telefonico

**PZ AD ALTO
PROFILO DI RISCHIO
(SCORE > 15)**

Follow-up presso l'ambulatorio
Scompenso Cardiaco

Segnalazione al MMG ed al servizio
inf territoriale/infAFT per apertura di
monitoraggio infermieristico
domiciliare con eventuale infusione
intermittente di diuretici

MONITORAGGIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE

Compilazione di scheda di monitoraggio infermieristico con rilevazione di:

- Segni e sintomi di scompenso
- Parametri vitali
- Valutazione della compliance ed annotazione delle variazioni terapeutiche
- Dosaggio domiciliare del BNP con point of care e BIVA

SITUAZIONE STABILE

- Aggiornamento cartella
informatica del pz

- Relazione periodica
al MMG

SITUAZIONE INSTABILE

- variazione parametri di alert del monitoraggio
- Incremento del BNP > 30%

Contattare M.M.G.

Predisporre intervento
terapeutico
(infusione domiciliare
diuretico)

Richiede consulenza
cardiologica o ricovero

CONCLUSIONI

- La dimissione ospedaliera è un importante atto sanitario
- Nei malati subacuti polipatologici la dimissione non deve essere altro che un passaggio di setting in un percorso di cura preordinato
- Il MMG deve essere coinvolto già durante il ricovero e deve partecipare in maniera condivisa al follow up del paziente.