



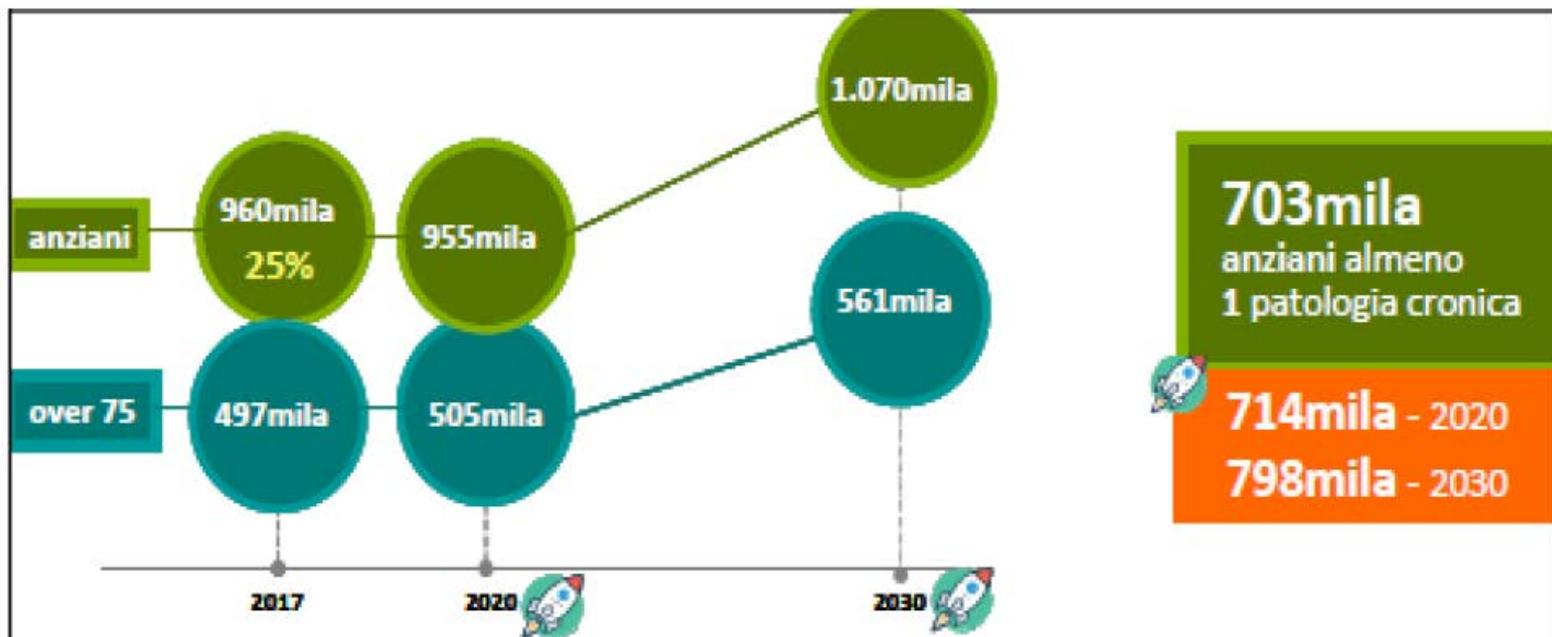
**SOCIETÀ MEDICA
DI SANTA MARIA NUOVA**



XI EDIZIONE
Giornate Mediche di
Santa Maria Nuova 2019

Il programma Acot e le cure
intermedie

Dr. Enrico Benvenuti



1 su 4

**almeno 1 volta
all'anno
va in ospedale**

RICOVERI

50%

- tumori
- malattie cardiovascolari

MALATTIE



- malattie respiratorie
- diabete
- disturbi renali
- disturbi app. digerente
- disturbi sist. nervoso

Le aree del bisogno di Continuità Assistenziale

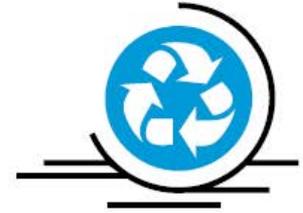
I pazienti “fragili” alla dimissione H

I pazienti acuti o post acuti con bisogno riabilitativo

**I malati affetti da patologie croniche
ad alta prevalenza**

I malati con bisogni assistenziali complessi

**I pazienti acuti con un bisogno non programmato
di diagnosi e cura**



L'iniziativa dall'ospedale ...

Transitional Care

è un servizio complementare alle cure primarie, realizzato per assicurare la continuità assistenziale ed evitare un peggioramento della salute tra i gruppi di pazienti che si muovono da un livello di cura ad un altro, da un setting ad un altro.

www.transitionalcare.info



Regione Toscana



The Transitional Care Model

The Transitional Care Model (TCM), developed by Mary Naylor at the University of Pennsylvania, is a leading transitional care improvement intervention with multiple nationwide applications. Under the model, an Advanced Practice Nurse (APN) approaches high-risk elderly hospital patients and conducts a comprehensive and holistic assessment of the individual's needs, goals, and preferences. The APN then collaborates with the patient, the patient's family and/or caregivers, and the patient's primary care physician, pharmacist, and care team to create an evidence-based care plan to promote positive health and cost outcomes. While the patient is still in the hospital, the APN provides self-health education to the patient, alerting them of red flags, medication management, and lifestyle practices for optimal health and safety. After the patient is discharged, the APN conducts regular home visits and ongoing telephone support through an average of 2 months to ensure the patient is on track for positive recovery and long-term health. While the transitional care model is implemented in hospital settings, the intervention can be tailored to a variety of discharge settings, including home and community settings and skilled nursing facilities.

TABLE 1.
Care Transitions Models

Model	Setting	Tools/Components	Key Findings
Transitional Care Model (TCM): https://consultgeri.org/geriatric-topics/transitional-care	Hospital to home	<ul style="list-style-type: none"> • In-hospital evidence-based nursing care plan • Home visits þ phone follow-up with TCN • Holistic focus • Patient & caregiver education & support • Early identification & response • Patient & caregiver on team • Physicianenurse Collaboration • Open cross-communication • TCM hospital discharge screening tool for high risk older adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduced hospital readmissions • Decreased emergency room visits • Decreased healthcare costs
Care Transitions Intervention (CTI): http://www.caretransitions.org	Hospital to home	4 Pillars of CTI: <ul style="list-style-type: none"> • Medication • Personal health record (PHR) • Follow-up <ul style="list-style-type: none"> • Transition CoachSM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital visit ▪ Home visit ▪ 3 phone calls • Red flags 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-sustaining • Re-hospitalization rates @ 50% • Cost effective
Better Outcomes for Older Adults Through Safe Transitions (BOOST): http://www.hospitalmedicine.org/Web/Quality_Innovation/Implementation_Toolkits/Project_BOOST/Web/Quality_Innovation/Implementation_Toolkit/Boost/Overview.aspx http://caretransitions.org/tools-and-resources/	Hospital to home	<ul style="list-style-type: none"> • The target • Patient preparation to address situations (after discharge) successfully (patient PASS) • Teach-back process • Risk specific interventions • Written discharge instructions • Technical assistance 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduced 30-day readmission rates • Tools well-received by healthcare team and patients • Hospital and primary care provider communication and collaboration
Project Re-engineered Discharge (RED): http://www.bu.edu/fammed/projectred/	Hospital to home	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis-related education • Post-discharge appointments, tests, etc. • Medications, diet, exercise-related education • Discharge plan reconciliation with national guidelines/clinical pathways • Emergency plan • Discharge summary transmission • Written discharge plan • Telephone call in 2e3 days 	<ul style="list-style-type: none"> • Decreased 30-day re-hospital utilization and emergency room use • Reduced costs per subject enrolled • Increased revenue per discharge
Chronic Care Model (CCM): http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model	Clinic to home	<ul style="list-style-type: none"> • Community • Health care system • Self-management support • Delivery system design • Decision support • Clinical information systems • Organization assessment of chronic illness care (ACIC) • Patient assessment of care for chronic conditions (PACIC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved well-being in patients with asthma, diabetes, bipolar disorder, comorbid depression and cancer
INTERACT: http://www.maseniorcarefoundation.org/Initiatives/Care_Transitions.aspx	Nursing home to hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Resource binder for champions • Case examples • Communication tools • Care path and change in condition cards • Advance care planning tools • Quality improvement 	<ul style="list-style-type: none"> • 17% hospital admission reduction • Medicare savings • Further randomized studies to determine: avoidable hospitalizations, morbidity and cost savings

TABLE 2.
Commonalities Among Transitional Care Models

	TCM Transitional Care Model	CTI Care Transitions Intervention	BOOST Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions	RED Re-engineered Discharge	CCM Chronic Care Model	INTERACT Interventions to Reduce Acute Care Transfers
Hospital to home (or nursing home)	X	X	X	X		
Clinic to home					X	
Nursing home to hospital						X
High-risk patients identified	X					
Discharge planning	X	X	X	X		
Discharge instructions	X	X	X			
Medications addressed	X	X	X	X		
Early identification of potential problems	X	X		X		
Written discharge instructions	X	X	X	X		
Follow-up appointment prior to discharge				X		
Tools for health professionals	X	X	X	X	X	X
Patient & family education	X	X	X	X		
Patient-centered care	X	X	X	X	X	X
In-hospital visit	X	X		X		
Home visit(s)	X	X				
Follow-up phone calls	X	X				
Reduced hospital readmissions	X	X	X	X		X
Reduced overall healthcare costs	X	X	X	X	X	X
Improved patient outcomes	X	X	X	X	X	

From Enderlin, C.A., McLeskey, N., Rooker, J.L., Steinhauser, C, D'Avolio, D., Gusewelle, R. , & Ennen, K.A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34(1), 47-52. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2012.08.003

Copyright © 2013 Mosby, Inc. All rights reserved. Used with permission from Elsevier, Inc.

Transitional Care Model PFS Logic Model

Overarching Goal: Improve Care Transitions from the hospital to community settings for the elderly to improve care and reduce Medicare costs

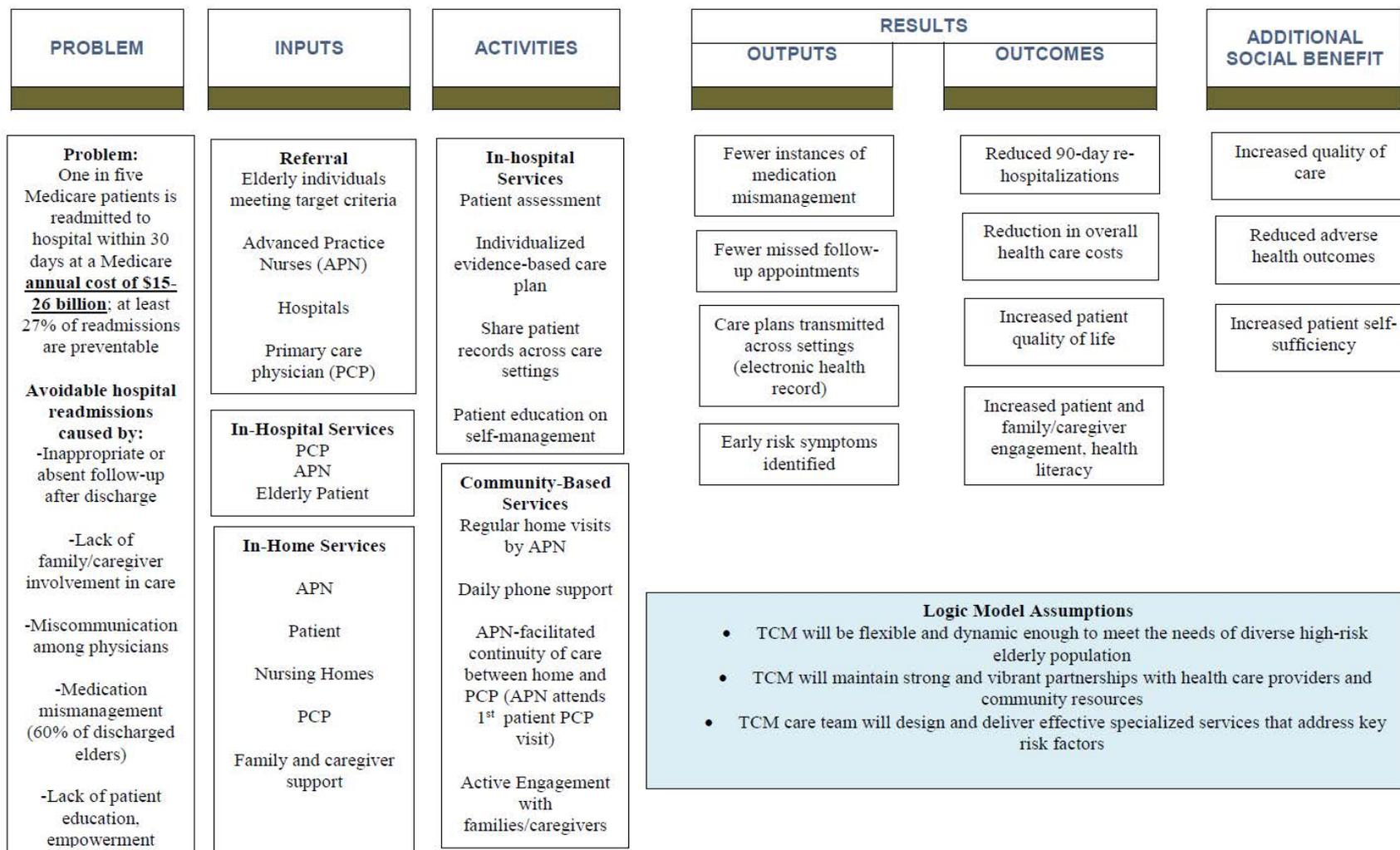


Figure 2: Potential Outcome Metrics for TCM

Quantitative (may trigger success payments)

- Reduction in 30-day Hospital Readmissions
- Increase in time between initial discharge and readmission
- Reduction in hospital days
- Increased ability to engage in activities of daily living
- Reduction in total Medicare costs
- Reduction in total Medicaid costs

Qualitative (may help understanding of ongoing program success)

- Improved self-reported quality of life
- Improved self-reported patient and caregiver satisfaction
- Improved self-reported completion of advance directives

ACOT

DGRT 679 del 12/7/2016: Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: Indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 01-12-2008 (punto N. 31)

Delibera **N. 1010 del 01-12-2008**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Publicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile: Valtere Giovannini
Estensore: Ilana Lombardi
Oggetto:
Interventi ed iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività del Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale-territorio.

- Discharge Room
- Agenzia/Servizio per la continuità assistenziale



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12-07-2016 (punto N. 28)

Delibera **N. 679 del 12-07-2016**

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Publicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)
Dirigente Responsabile: Lorenzo ROTI
Estensore: MARCO TAGLIAFERRI
Oggetto:
Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

- Definizione e compiti
- Valutazione multidimensionale
- Impegno per condivisione e disseminazione



L'Agencia di Continuità Ospedale -Territorio

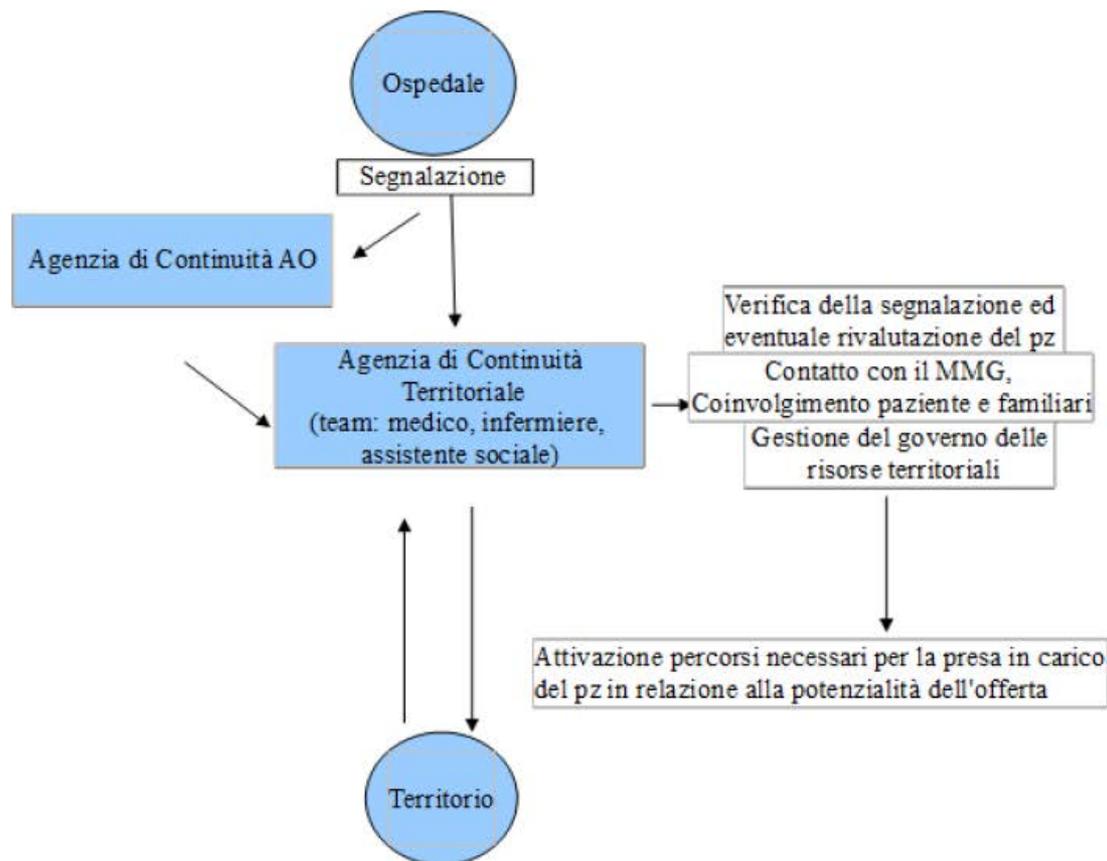
DGRT 679/16

- è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo alla zona-distretto ed è attiva in ciascun stabilimento ospedaliero
- è **multiprofessionale** ed è costituita da: Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista . Si avvale della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra
- **Individua le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera** coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, **sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale**
- Promuove ed utilizza **strumenti di *handover* standardizzati** nella fase di dimissione per una comunicazione efficace a garantire sicurezza del paziente
- **Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale** , assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.



DGRT 679 del 12/7/2016

Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: Indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.



Regione Toscana

I servizi di continuità a disposizione dell'ACOT

- Fornitura ausili assistenziali
- Percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi
- Percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP)
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Percorsi residenziali di Cure Intermedie: Low Care e Strutture sanitarie Intermedie (DGRT 909/17)
- Gruppi Programma IDEA per il supporto al self management (DGRT 545/2017)
- Pacchetti di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente (DGRT 905/17)
- Inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA)





REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 65)

Delibera

N 909

del 07-08-2017

CURE INTERMEDIE:

comprende una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle **persone anziane**, per **supportare la dimissione tempestiva**, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, **evitare ricoveri ospedalieri inappropriati** e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

Sono prevalentemente servizi:

- . a breve termine,
- . erogati in un ambiente residenziale,

Le Cure Intermedie



Modern Standards and Service Models

Older People

national
service
framework

National Service Framework
for Older People

*Nel corso degli anni '80 e '90 il National Health System esercitò una forte pressione per la **riduzione del numero di posti letto nelle degenze per acuti**, che fu ottenuta come conseguenza dell'attivazione di letti a ciclo diurno e del **contenimento della durata di degenza**.*

All'inizio degli anni '80 i posti letto erano 219.000, alle fine degli anni '90 erano diventati 137.000, ma nello stesso periodo la richiesta di ospedalizzazione era aumentata del 3,5% all'anno. Alla fine degli anni '90 ci si rese conto che la richiesta di ricovero era incontenibile.

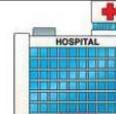
*Fu promosso dal Department of Health uno studio nazionale – il “National Beds Inquiry” – che rilevò che questo aumento di richiesta proveniva dal riacutizzarsi delle malattie croniche nella popolazione anziana. Fu rilevato anche **che il 20% delle giornate di degenza per questa popolazione erano da considerarsi inappropriate nell'Ospedale per Acuti**. Lo stesso documento mise anche in evidenza che il limite principale all'appropriato utilizzo delle degenze ordinarie era **il rallentato flusso in uscita per carenza di servizi intermedi fra Ospedale e domicilio**. Il Governo Laburista, che aveva tra gli obiettivi principali la*

Maximising Recovery, Promoting Independence:

An Intermediate Care Framework for Scotland



The Scottish
Government
© Crown copyright 2012

Level of acute need			Level of need during recovery		
 <p>Individual becomes unwell. Primary care; District Nurse; Social Work; Home Care; NHS24; Ambulance practitioner; A&E attendance.</p> <p>Contact Single Point of Access</p> <p>Assessment</p> <p>Intervention as required:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nursing • Therapy • Support Worker • Telecare <p>Timely diagnosis by GP</p> <p>Specialist input by:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrician • Community diagnostics • Rapid Response Team 	 <p>If too unwell to be cared for at home, step up to a care home, community hospital or other residential setting.</p> <p>History / Examination / Diagnostics.</p> <p>GP, Nurse practitioner or Consultant review within 24 hours.</p> <p>MDT input with principle of care delivery at home when appropriate (as it may be in a care home).</p>	 <p>If too unwell to be cared for in a community facility, admit to acute hospital for comprehensive assessment.</p> <p>Transfer to community facility or home when medically stable and fit for transfer.</p>	 <p>Timely comprehensive multidisciplinary and multi-agency assessment :</p> <p>Rehabilitative need identified.</p> <p>Referral to Intermediate Care Single Point of Access.</p> <p>Individual is medically stable and fit for transfer.</p> <p>Individual transferred to the appropriate setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Own home • Community based facility (such as a care home or community hospital) 	 <p>If the individual requires more care than can be delivered at home, step down from acute hospital to a care home, community hospital or other residential setting.</p> <p>Regular MDT and GP / Nurse / Consultant review with principle of care at home to continue rehabilitation when appropriate</p>	 <p>Majority of users of Intermediate Care to receive their episode of care at home.</p> <p>MDT driven re-ablement to optimise recovery and promote independence.</p>

5. Key components of an effective Intermediate Care system

The following are key components of Intermediate Care:

- **Clear, agreed scope**, focused on *prevention, rehabilitation, reablement and recovery*; for those at risk of emergency admission, or re-admission, to hospital, or to avoid premature permanent admission to a care home.
- **Time limited**, linking and complementing existing services
- **Accessible, flexible and responsive** through a single point of access, 7 days a week, and 24 hours a day
- Based on **holistic assessment** to maximise independence, confidence and *personal outcomes* sought by the individual
- **Co-ordinated**, able to draw on *multi-professional and multi-agency skills* and resources as required to meet complex needs
- **Managed for improvement**, gathering information on the impact of interventions and using this to inform service improvement.

“To be as good as she can be”

Maximising Recovery, Promoting Independence:

An Intermediate Care Framework for Scotland



To be better informed about my options and choices, and be actively involved in decisions about my own care

I don't want to spend unnecessary time in hospital. We need better community services to avoid being unnecessarily delayed

Better support for unpaid carers

More specialist services for people with dementia

To stay in my own home for as long as possible

The **Reshaping care for Older People programme's** public engagements collected clear messages about what people want for their future care.



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 65)

Delibera

N 909

del 07-08-2017

OBIETTIVI:

- garantire alla persona fragile o anziana una **presa in carico sanitaria** nella fase di dimissione ospedaliera a seguito di evento acuto, tenendo conto dell'evoluzione della malattia e della necessità di coordinare gli interventi sanitari e assistenziali per il rientro al proprio domicilio;
- assicurare a livello di ogni singola zona **l'appropriata risposta clinico – assistenziale in continuità** con il livello di ricovero ospedaliero, e in **forma integrata** con le risorse territoriali;
- attivare un modello di **transitional care** attraverso la condivisione della pianificazione clinico assistenziale e la responsabilizzazione del MMG;
- **migliorare la performance** del livello ospedaliero e la risposta in termini di **appropriatezza di setting** (ridurre la degenza media e il reingresso);



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 65)

ALLEGATO B - TABELLA RIEPILOGATIVA SETTING CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

<i>Definizione setting</i>	<i>Tipologia bisogno del paziente</i>	<i>Criterio accesso</i>	<i>Intensità assistenziale</i>	<i>Interventi/attività erogati</i>	<i>Assistenza Medica</i>	<i>Durata degenza</i>	<i>Tariffa giornaliera</i>	<i>N° min p.l. per modulo</i>	<i>Riferimenti normativi regionali</i>
LOW CARE	Assistenziale Clinico	Alto rischio instabilità clinica NEWS 3-4	Alta intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico di struttura	Max 20 gg	€ 154,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A, strutture D. 6 Strutture residenziali destinate ad accogliere i pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA	Assistenziale Clinico	Basso rischio instabilità clinica NEWS 2-3	Media intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico specialista di struttura in stretto raccordo con la medicina generale	Max 20 gg	€ 132,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A strutture D. 7 Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (C.I.)
RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA	Assistenziale	Criticità assistenziali NEWS 0-1	Bassa intensità di tipo residenziale	Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	MMG che si avvale della consulenza specialistica programmata e medico di continuità assistenziale	Max 20 gg	€ 119,00	8	sperimentazione in atto fino al 31-12-2018 con riferimento agli aspetti funzionali e organizzativi previsti nell'allegato A

National Early Warning Score (NEWS)

Misurazione standardizzata della gravità della malattia

Tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians da Giancarlo Berni, Cesare Francois e Luigi Tonelli

LINEA GUIDA
Consiglio Sanitario Regionale



Data di pubblicazione: 2014
Data del primo aggiornamento: 2016

Carta 1: National Early Warning Score (NEWS)

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

Carta 2: Soglia di allarme NEWS

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	Basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO* (quando un solo parametro raggiunge 3)	Basso
1 - 4 di somma	
≥7	Alto

D - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI
PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO IN FASE POST-ACUTA

D.6 STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE AD ACCOGLIERE I PAZIENTI NELLA FASE POST-ACUTA ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA

LOW CARE

Questa tipologia di strutture identifica un livello intermedio tra la degenza ospedaliera per acuti e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura. Inoltre è necessaria una adeguata assistenza medica giornaliera. Questa attività è rivolta a soggetti in dimissione da reparti per acuti che necessitano di assistenza medica sulle 24 ore non ad alto contenuto tecnologico, in ambiente sanitario, per la gestione della fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione in ospedale per acuti, assicurando la continuità terapeutica e assistenziale e, qualora necessario, riabilitativa estensiva e/o di counseling riabilitativo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

D.6.14 Assistenza medica (geriatra o internista, o fisiatra o equipollenti): sulle 24 ore in funzione della tipologia e della complessità delle attività svolte

D.6.15 Assistenza infermieristica e assistenza OSS continuativa sulle 24 ore.

D.6.16 Personale di riabilitazione tale da garantire l'assistenza riabilitativa estensiva in misura adeguata alla tipologia e alla complessità delle attività svolte

D.6.17 Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività. Deve comunque essere presente l'attività di prelievo

REQUISITI IMPIANTISTICI

D.6.18 Nelle camere di degenza è presente la seguente dotazione minima impiantistica:

D.6.29 Apparecchio radiologico per RX standard

 disponibile nella struttura

D.6.30 Deve essere garantita nell'arco delle 24 ore, la disponibilità nel presidio di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti:

D.6.31 Apparecchio per saturimetria trans-cutanea

 disponibile nella struttura

D.6.32 Ecografo

 disponibile nella struttura

D.6.33 Elettrocardiografo (può essere a comune fra più articolazioni organizzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)

**D.7 STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE
A BASSA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (CURE INTERMEDIE)****RESIDENZIALITÀ SANITARIA INTERMEDIA**

Questa tipologia di strutture assicura un livello di intensità intermedio tra la degenza ospedaliera per acuti e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa, per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura, senza necessità di assistenza medica sulle 24 ore.

Questa attività è rivolta a: soggetti in condizioni di buon compenso clinico, in dimissione da reparti per acuti in fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione o provenienti dal territorio con riacutizzazione di cronicità, che richiedono, per assicurare la necessaria continuità assistenziale e terapeutica, un'assistenza continuativa di tipo infermieristico sulle 24 ore in ambiente sanitario e, qualora necessario, eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo e/o di counseling riabilitativo con l'obiettivo principale di mantenere e/o recuperare il massimo potenziale di autosufficienza residua; soggetti con riduzione non stabilizzata delle capacità funzionali riferite alla mobilità e alla cura del sé recuperabili con intervento assistenziale e di rieducazione estensiva ma non gestibili a domicilio per condizioni prevalentemente sanitarie (es. sindrome da immobilizzazione, procrastinata indicazione al carico dopo intervento ortopedico ecc.) che richiedono interventi assistenziali continuativi per la mobilità e la cura della persona.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

D.7.15 Assistenza medica (specialista geriatra/internista o equipollente): almeno 30 ore settimanali

D.7.16 Assistenza infermieristica e assistenza OSS continuativa sulle 24 ore

D.7.17 Personale di riabilitazione tale da garantire l'assistenza riabilitativa estensiva in misura adeguata alla tipologia e alla complessità delle attività svolte

D.7.18 Criteri per l'accesso: N.E.W.S. ≤ 3 , diagnosi già definita e processo di stabilizzazione clinica non ancora consolidato, Programma di trattamento già predisposto e concordato con i medici ospedalieri e/o con i MMG in caso di dimissione da ospedale per acuti o con MMG appartenenti all'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) in caso di accesso dal territorio

D.7.19 Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività. Deve comunque essere presente l'attività di prelievo

D.7.33 Deve essere garantita la disponibilità nel presidio di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti:

D.7.34 Apparecchio per saturimetria trans-cutanea

 disponibile nella struttura

D.7.35 Ecografo

 disponibile nella struttura

D.7.36 Elettrocardiografo (può essere a comune fra più articolazioni organizzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)

Cure Intermedie - Presidio Anna Torrigiani

Collaborazione con SOC Geriatria Firenze - Empoli

Analisi dati 1 gennaio – 31 luglio 2019



Croce Rossa Italiana
Comitato Regionale Toscana

Presidio Anna Torrigiani



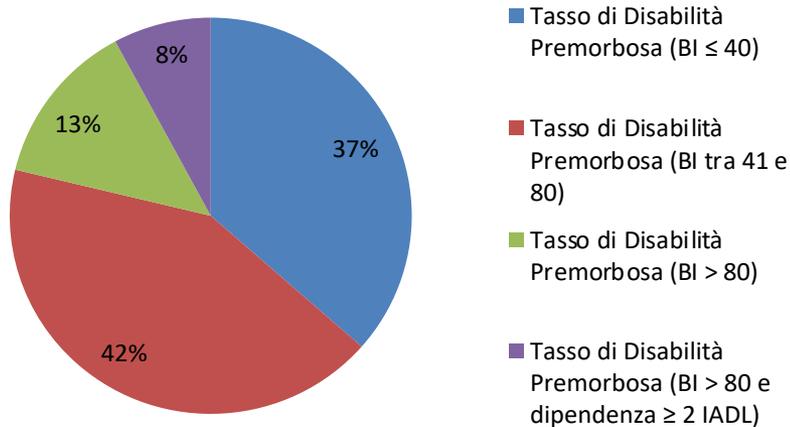
Il Presidio "Anna Torrigiani", di proprietà della Croce Rossa Italiana, è una struttura sanitaria pubblica, autorizzata ed accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, con bacino di utenza regionale. La Asl di competenza territoriale è la Asl 10 di Firenze.

I servizi sono erogati in maniera continuativa nell'ambito delle modalità di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali e aziendali.

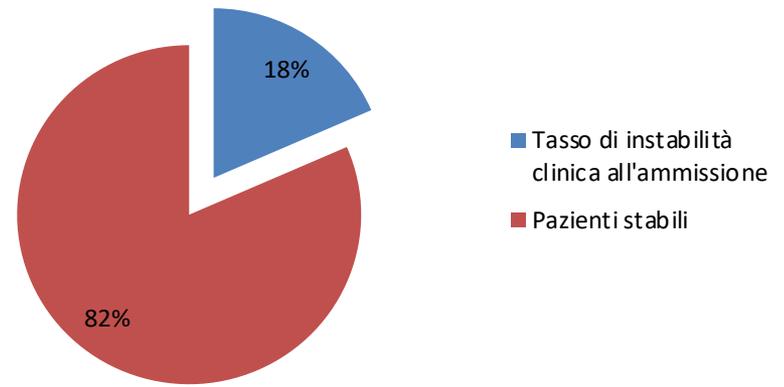
Il Presidio fornisce servizi e prestazioni ambulatoriali in regime convenzionato e/o privatistico.

INDICI DI STATO

Livello funzionale all'ammissione

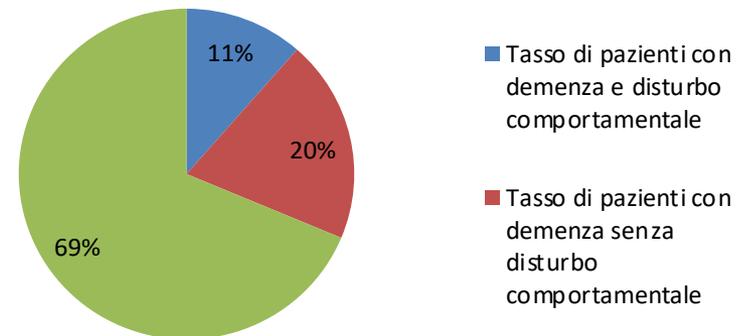


Pazienti instabili all'ammissione



Tasso di vecchiaia (>75 anni):	72,90 %
Tasso di pazienti in carico ai servizi sociali:	27,34 %
Tasso di pazienti con fragilità sociale:	52,10 %
Prevalenza di CV all'ammissione	40,42 %
Prevalenza di UDP all'ammissione	23,60 %
Tasso di pazienti in trattamento antibiotico	21,50 %
Prevalenza di Delirium all'ammissione	6,07 %
Tasso di pazienti in politerapia (> 5 farmaci)	85,05 %
Tasso di malnutrizione	14,95 %

Persone con demenza



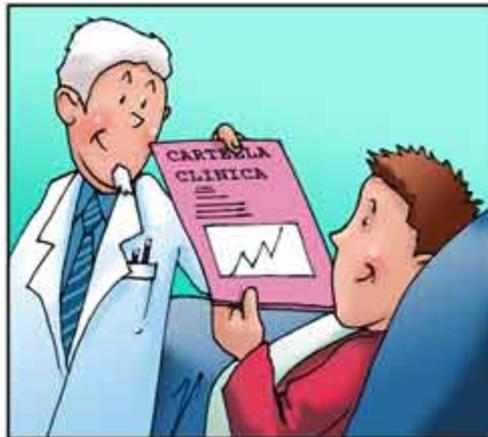
INDICI DI TRANSIZIONE



Tasso di ACEs infettivi maggiori (U) > 48 ore	2,85
Tasso di ACEs infettivi maggiori (A) > 48 ore	4,04
Tasso di ACEs generali	15,68
Tasso di caduta con trauma maggiore	0,48
Tasso di caduta con trauma minore	2,38
Incidenza di delirium	8,79
Tasso di contenzione farmacologica	6,89
Tasso di contenzione fisica	2,70
Incidenza di ulcere da pressione	2,38

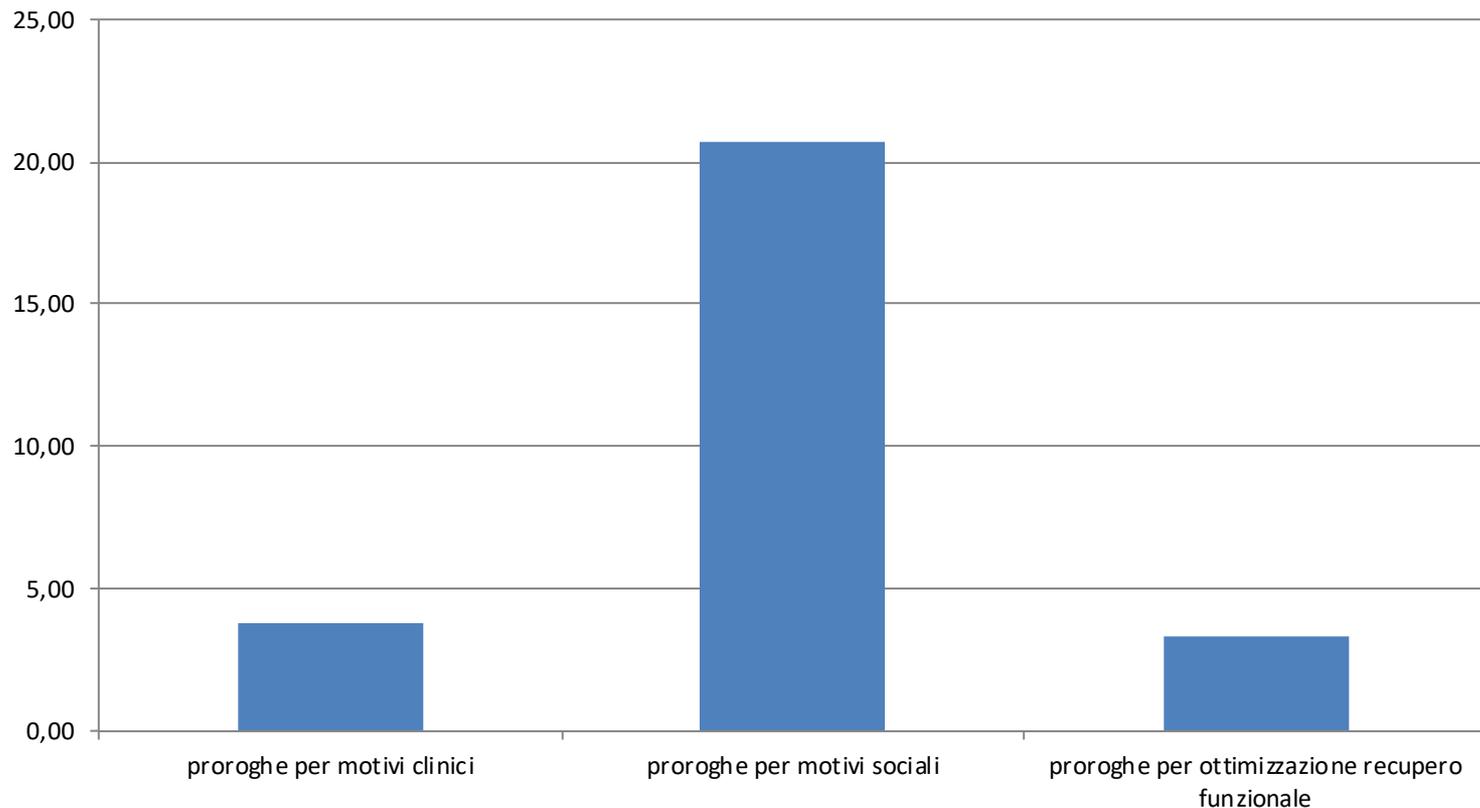
INDICI DI ESITO/EFFICACIA

Tasso di decateterizzazione	65,32
Tasso di cammino indipendente	55,58
Tasso di dip funz grave dim (Pazienti dimessi con BI \leq 40)	17,58

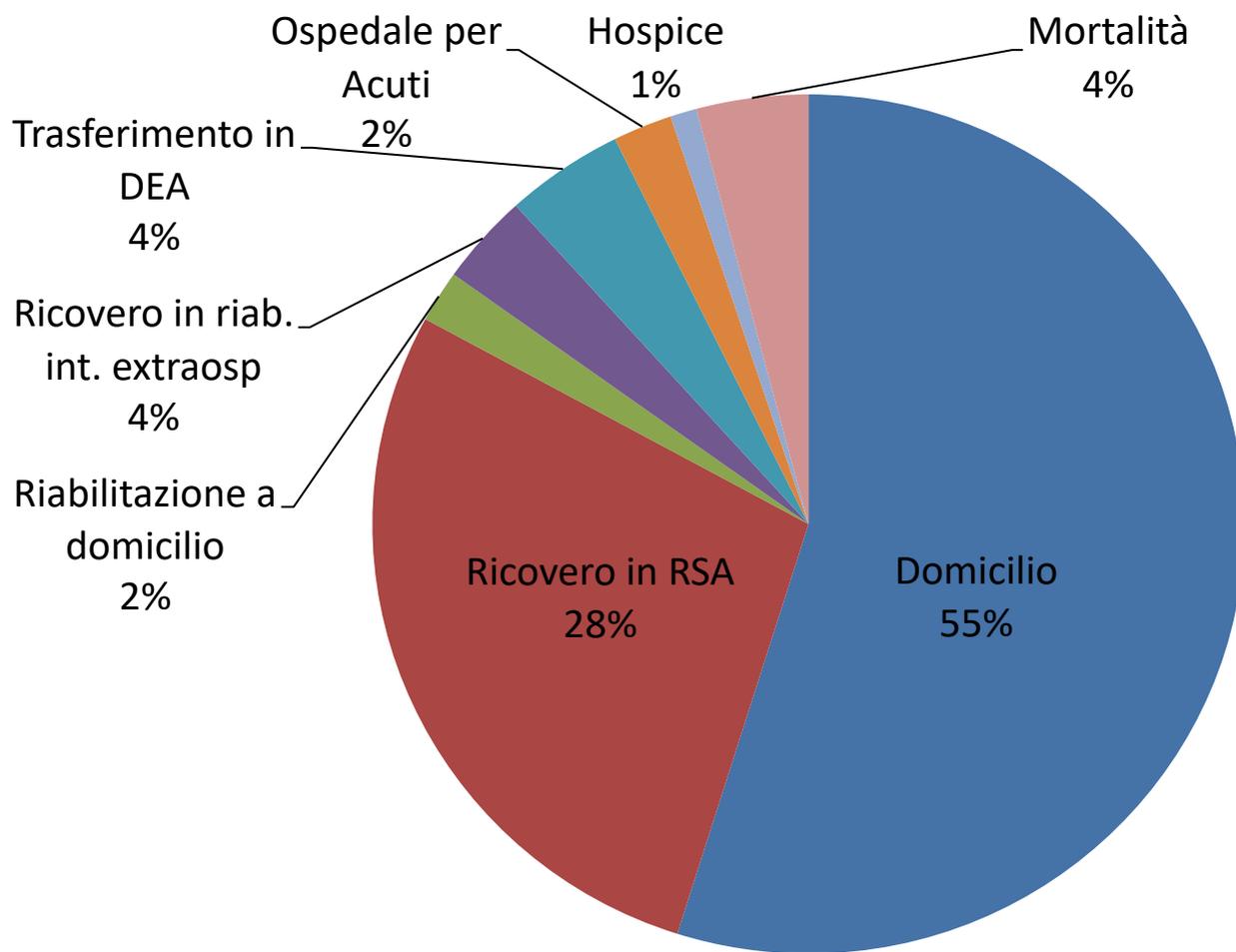


INDICI DI ESITO PERFORMANCE

Degenza media: 14,53 GIORNI

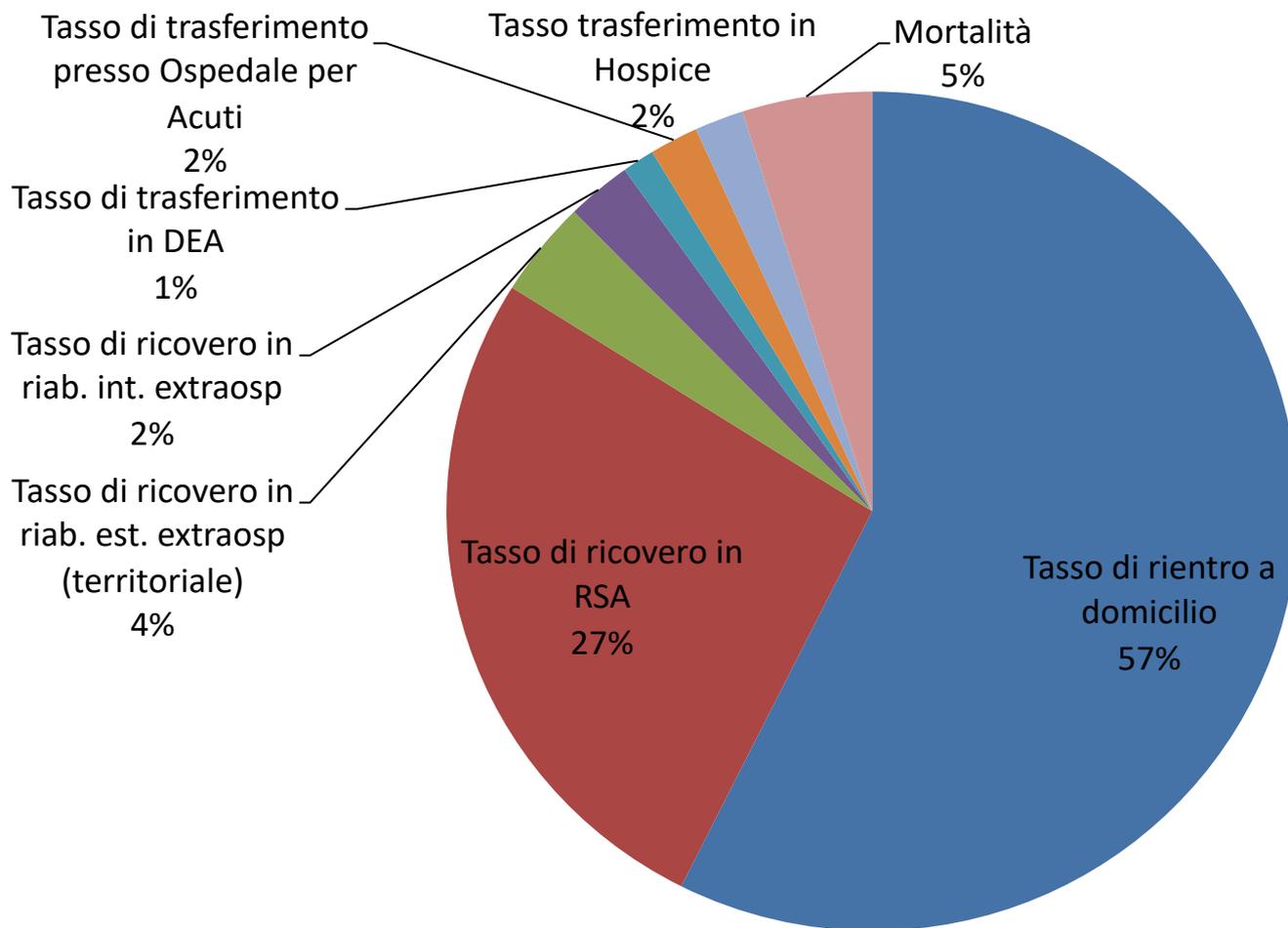


INDICI DI ESITO/PERFORMANCE



INDICI DI ESITO/PERFORMANCE

Periodo Maggio - Luglio



This report covers patients discharged from intermediate care services during 2011/12 and organisational level data relating to the period 2011/12 and, for comparison, 2010/11.

Document reference: NAIC2012

Bed based services reported that, on average, the discharge destination of 66.5% of service users was home, 14.8% acute care, 9.5% went to a care home and 3.0% died (unknown 5.6%). For home based services, 68.5% remained at home, 8.4% were admitted to acute care, 3.1% to a care home and 2.4% died (unknown 15.2%).

Figure 8.5.1: Destination on discharge
(% of bed based service users)

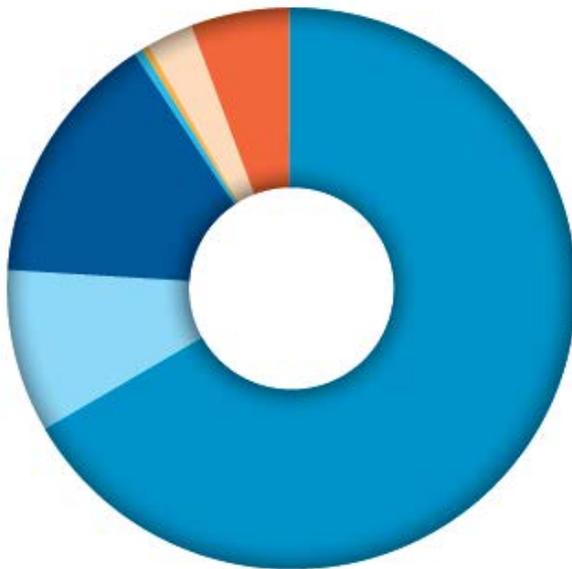
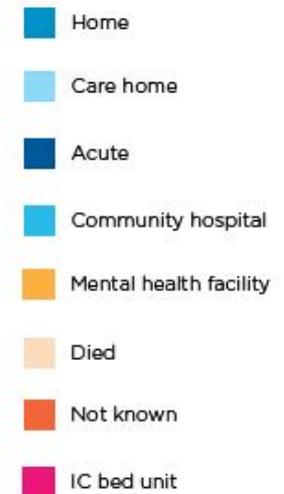
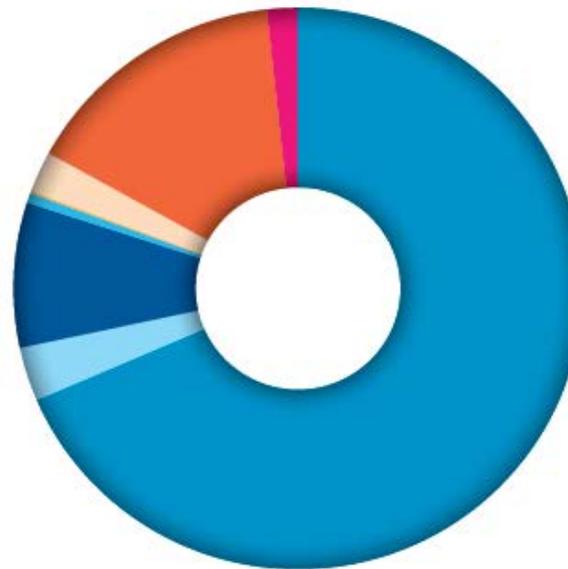


Figure 8.5.2: Destination on discharge
(% of home based service users)



Per il futuro..

- Occorre rivedere la presa in carico sociale per i pazienti ricoverati, soprattutto quando il programma sia l'istituzionalizzazione
- E' necessario che negli ospedali si migliori nell'appropriatezza per il trasferimento dei pazienti in cure intermedie (NEWS, n° di farmaci, catetere vescicale)
- Il sistema di integrazione tra servizio pubblico e privato è certamente efficace, ma devono essere previste modalità standardizzate per la presa in carico clinica dei pazienti nel servizio pubblico, durante la degenza in cure intermedie, in caso di riacutizzazioni