

OSPEDALE VIRTUALE: COSA DEVE SAPERE IL PAZIENTE?

UN PAZIENTE CRONICO COSA DEVE SAPERE ...

- CHE QUANDO SI STA MALE, L'OSPEDALE NON È NECESSARIAMENTE IL LUOGO GIUSTO AL QUALE RIVOLGERSI;
- CHE È IMPORTANTE EFFETTUARE I CONTROLLI PERIODICI SECONDO IL PIANO CONCORDATO CON IL PROPRIO MEDICO CURANTE;
- CHE LE AZIENDE SANITARIE DEVONO DEFINIRE, CON RIFERIMENTO ALLE PATOLOGIE CRONICHE, SPECIFICI PDTA CON IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI;
- CHE TUTTE QUESTE COSE SONO DIFFICILI DA OTTENERE O REALIZZARE

IL TEMA CENTRALE È: COSA POSSONO FARE LE AZIENDE SANITARIE (nelle more del PNRR)

- Avviare un percorso di change management profondo orientato a:
 - Focalizzare l'attenzione sul tema del fabbisogno e sviluppare la cultura della committenza interna ed esterna;
 - Riprogettare i PDTA in ottica aziendale ed interaziendale, sviluppare sistemi di monitoraggio per problema di salute e, al tempo stesso, promuovere il passaggio verso la definizione di percorsi individuali;
 - Promuovere e realizzare modelli organizzativi (e di servizio) basati sul principio della «rete» verticale ed orizzontale;
 - Progettare e realizzare progettualità «pilota», da estendere una volta valutata la loro efficacia, capaci di «sfruttare» le potenzialità offerte dalla tecnologia per la gestione domiciliare del paziente riducendo il ricorso all'ospedale in tutte le situazioni in cui ciò è possibile.

“Curare@Casa”

Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per il paziente
Anziano Fragile



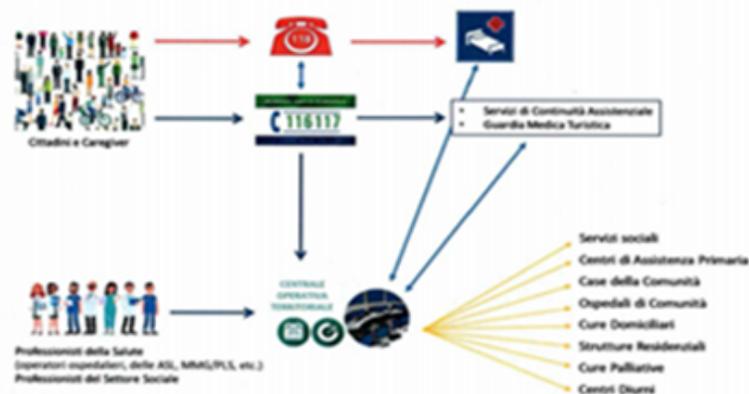
DOMICILIO



OSPEDALE



RESIDENZA



CENTRALE OPERATIVA ASSISTENZIALE

Obiettivi Specifici

- Incentivare un sistema di “protezione” per i pazienti dimessi dalla Unità di Geriatria per Acuti e dal Pronto Soccorso/Medicina d’Urgenza, con lo scopo di migliorare: appropriatezza, tempistica e tutela del paziente anziano fragile, in particolare con declino cognitivo o demenza, a domicilio;
- Garantire, attraverso sistemi di telemedicina, il monitoraggio continuo di pazienti con comorbidità o complicanze psico-comportamentali, di nuova insorgenza a domicilio, con trattamento farmacologico e non farmacologico del disturbo;
- Ridurre la quota di accessi inappropriati al DEA/ Pronto Soccorso degli anziani fragili con patologia acuta o cronica riacutizzata, che possano essere trattati a domicilio mediante l’uso della telemedicina;
- Preparare un percorso per il paziente anziano fragile che necessita di ricovero ospedaliero, garantendo accesso “dedicato” al DEA, con successivo ricovero nella Unità di Geriatria per Acuti, riducendo al minimo i tempi di permanenza nelle strutture di emergenza/urgenza.
- Ottimizzare la qualità di vita del paziente fragile.

Criteri per la gestione

- Seguendo criteri clinici soggettivi (tab. score di fragilità) ed obiettivi
- la COA potrà ben identificare il livello di gravità del paziente per la sua migliore gestione. 
- Per ognuno degli items, ai punti:
 - da 1 a 3, viene dato un punteggio = 0
 - da 4 a 6 viene dato un punteggio = 1
 - da 7 a 9 viene dato un punteggio = 3
- Se la somma dei punti è:
 - Da 0 a <= a 3, il paziente può essere mantenuto a domicilio e senza monitoraggio ma con eventuale telenursing
 - Da 3 a 6 è indicato il telemonitoraggio con visita domiciliare
 - Da 6 a 9 è indicato il ricovero

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		Si		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

1 - MOLTO IN FORMA 0

Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia di età.

2 - IN FORMA 0

Persone che non hanno sintomi di malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso esercizio fisico e sono a volte molto attive, a seconda della stagione.

3 - SE LA CAVA BENE 1

Persone i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.

4 - SE LA CAVA ABBASTANZA BENE 1.5

Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi «rallentati» e/o stanchi durante il giorno.

5 - LEGGERMENTE FRAGILE 2

Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (es. gestione delle finanze, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.

6 - MODERATAMENTE FRAGILE 3

Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.

7 - MOLTO FRAGILE 4

Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~6 mesi).

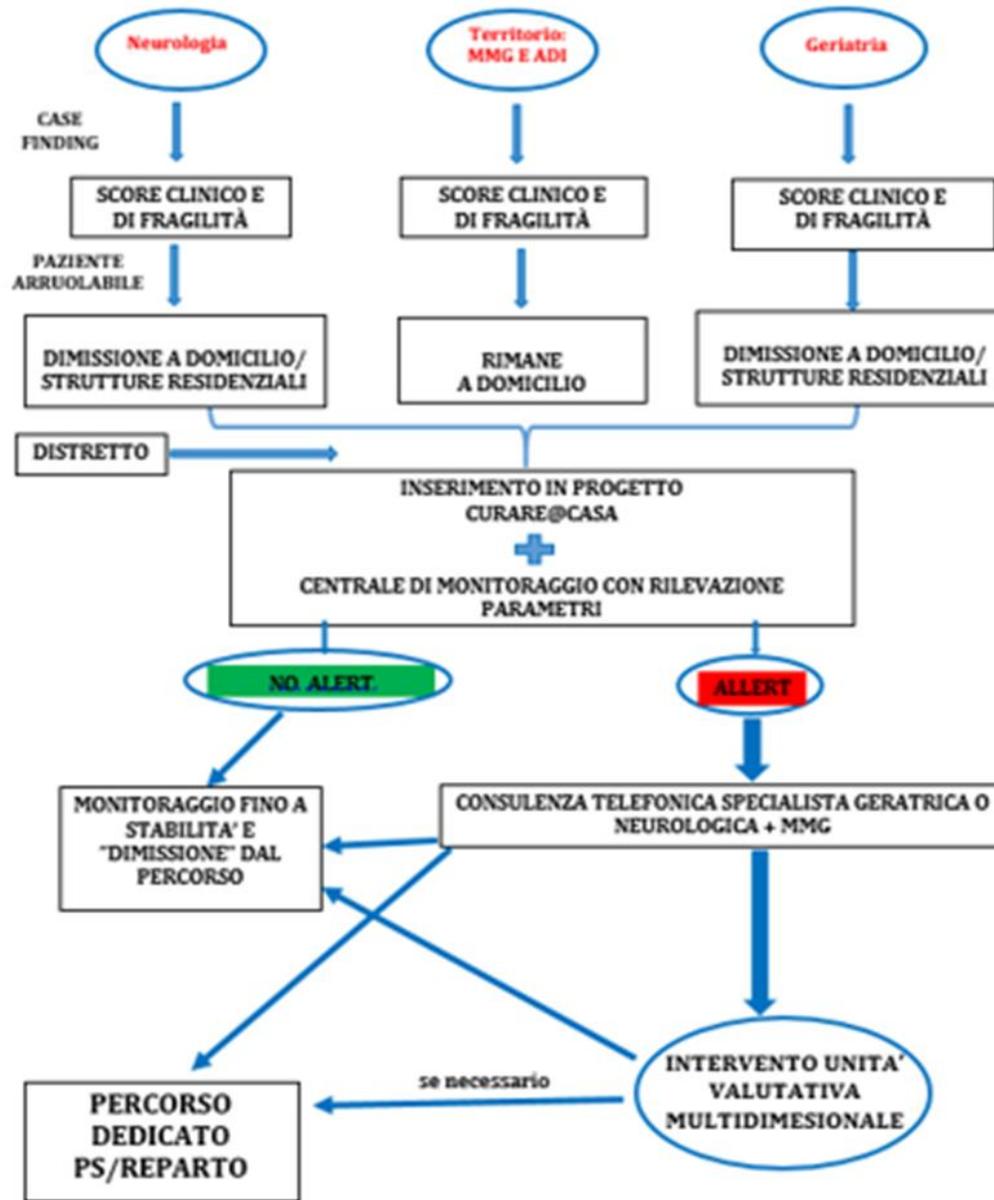
8 - FRAGILITÀ MOLTO GRAVE 8

Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.

9 - MALATO TERMINALE 10

Queste persone hanno un'aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.

Flow-chat percorso «Curare@casa»



IL FUTURO POSSIBILE



www.atamy.com - KY2655



www.atamy.com - KY2655



**7° CONVEGNO NAZIONALE ANNUALE AISC – 8 OTTOBRE 2021 – ROMA
 SALA "ADALBERTO LIBERA" PRESSO HOTEL THE HIVE**