

L'OSPEDALE VIRTUALE

**Gestione a domicilio
dei pazienti
subacuti/cronici**



Un paziente cronico 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 degli
stakeholder (associazioni dei pazienti)

... che tutte queste cose sono difficili da ottenere o realizzare...

Cosa possono fare le Aziende Sanitarie (anche alla luce del PNRR)?

...Avviare un percorso di change management 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



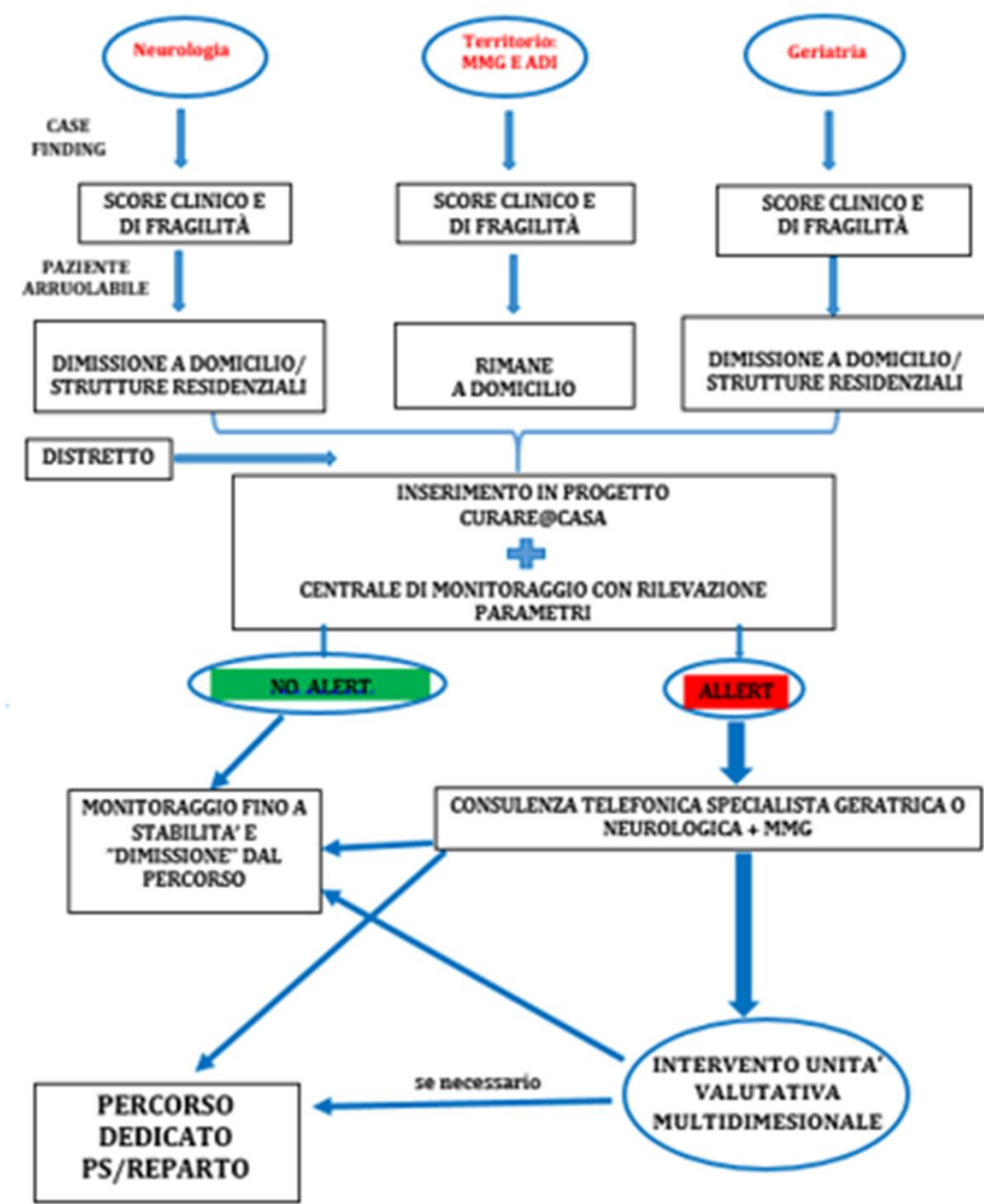
Progettare e realizzare progettualità «pilota» di provata efficacia, capaci di «sfruttare» le potenzialità offerte dalla tecnologia per la gestione domiciliare del paziente riducendo il ricorso all'ospedale ove possibile

L'esperienza del progetto

CURARE@CASA



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



SEGUENDO CRITERI CLINICI SOGGETTIVI (TAB. SCORE DI FRAGILITÀ) ED OBIETTIVI LA COT POTRÀ IDENTIFICARE IL LIVELLO DI GRAVITÀ DEL PAZIENTE PER LA SUA MIGLIORE GESTIONE.

NATIONAL EARLY WARNING SCORE

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



1 – MOLTO IN FORMA
 Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età.

2 – IN FORMA
 Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione.

3 – SE LA CAVA BENE
 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
 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
 Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, 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
 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
 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
 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
 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.

PARAMETRI FISIologici	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

Il futuro possibile



...implementare l'assistenza in altri reparti

L'Ospedale Virtuale della ASL Roma 2

Il progetto di Ospedale Virtuale nasce dalla volontà di avviare un nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria che consenta di garantire:

- Una migliore **Continuità Assistenziale**
- Una maggiore **assistenza domiciliare**;
- Un adeguato utilizzo delle nuove tecnologie, anche di **Telemedicina**;
- Un maggiore raccordo multiprofessionale tra gli operatori ospedalieri e territoriali;
- Una riduzione di **accessi inappropriati** alle strutture ospedaliere.

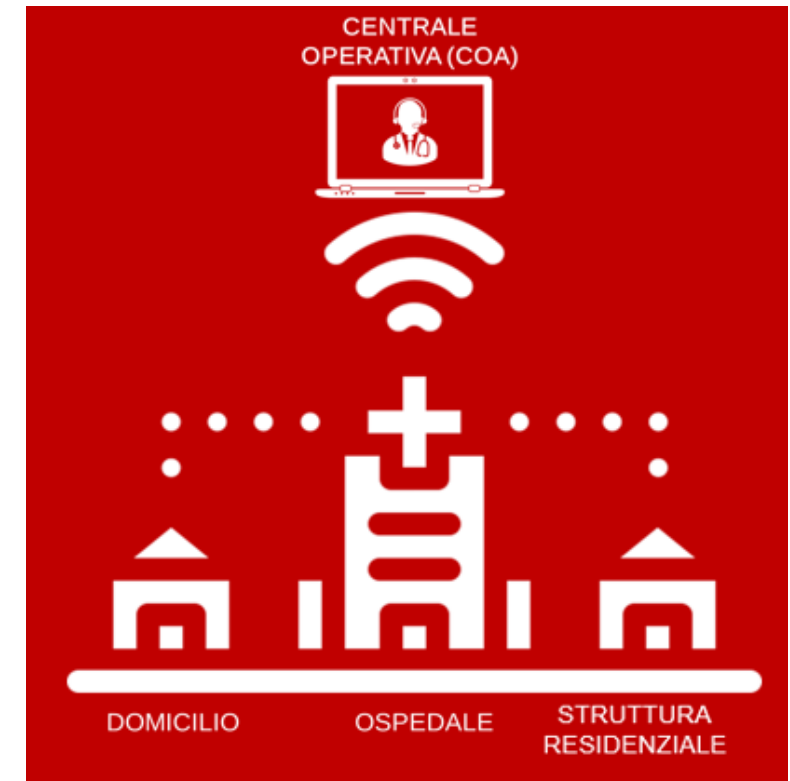


IL PROGETTO di OSPEDALE VIRTUALE nasce dalla volontà di avviare un nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria che consenta di garantire tramite la centrale Operativa Territoriale (COT/COA) la Continuità Assistenziale ospedale-territorio e territorio-corsia virtuale attraverso l'integrazione tra professionisti ospedalieri, territoriali e MMG/PLS.

L'OSPEDALE VIRTUALE a domicilio del paziente:

- **assicura la continuità ospedaliera quando il paziente non possa raggiungere l'ospedale;**
- **diminuisce ulteriormente il costo sociale, sia per il paziente se lavoratore, che per i familiari che spesso lo accompagnano;**
- **riduce i disagi dovuti agli spostamenti delle persone malate e disabili.**

Le aree di principale interesse per una prima applicazione del ricovero virtuale sono l'oncologia, la chirurgia, e le malattie croniche (ad esempio, cardiologia, diabete, BPCO).



L'OSPEDALE VIRTUALE

STRUTTURE E OBIETTIVI SPECIFICI

1 OSPEDALE/ TERRITORIO:

incentivare un sistema di "protezione" per i pazienti dimessi dall'ospedale o individuati dai mmg o specialisti del territorio .

2 COT:

avviare il telemonitoraggio domiciliare, riducendo la degenza e migliorando la qualità della vita, integrandosi all'assistenza domiciliare post-ospedaliera



3 UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE

attivare la visita a domicilio attraverso un'unita' valutativa multidimensionale in caso di parametri alterati, ottimizza la qualità di vita del paziente cronico/subacuto a domicilio. eventuali esami strumentali o di laboratorio anche con l'uso della telemedicina

4 ARES 118

contattare il 118 in caso di necessita'



LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Il modello della Centrale Operativa Territoriale (COT), costituisce a tutti gli effetti uno “snodo organizzativo” essenziale per una gestione efficiente della presa in carico e per la continuità assistenziale svolgendo una funzione di programmazione delle attività e di coordinamento degli interventi e di raccordo tra i professionisti all’interno della rete dei servizi



IL PERCORSO ASSISTENZIALE DELL'OSPEDALE VIRTUALE

I ricoveri ospedalieri possono essere realizzati "virtualmente", assistendo PER VIA TELEMATICA il paziente presso il proprio domicilio o presso il posto di lavoro.

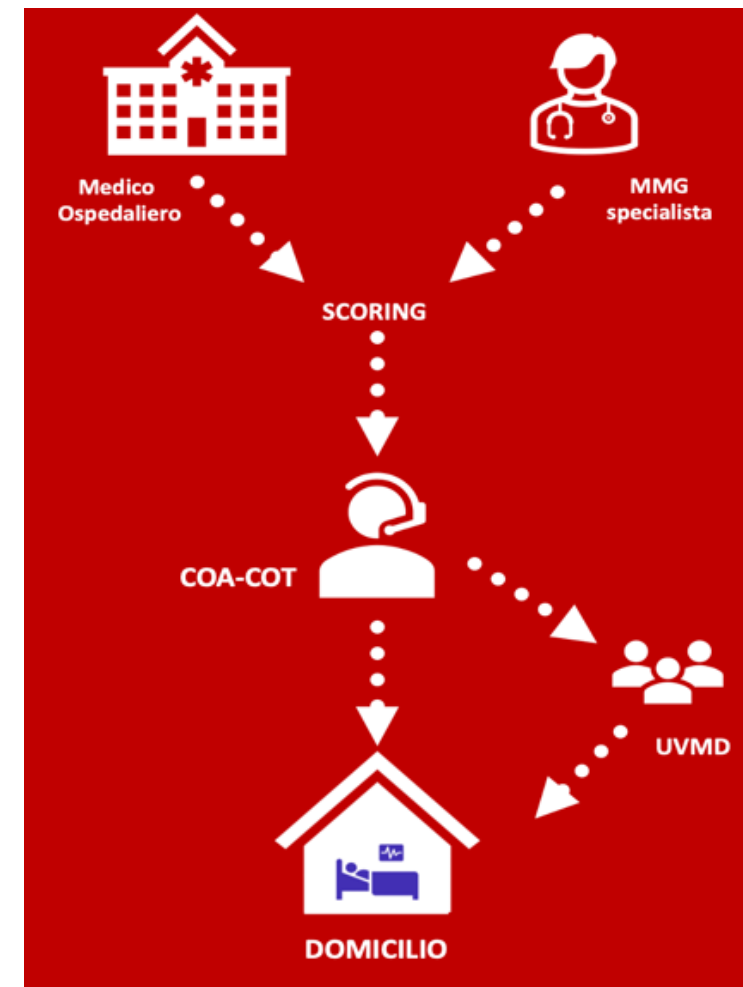
L'accesso alle CORSIE VIRTUALI può avvenire:

DALL'OSPEDALE:

Il medico della Unità Operativa individuerà, prima della dimissione, i pazienti candidati all'accesso in corsia virtuale sulla base di criteri/score definiti da ciascun reparto di dimissione.

DAL TERRITORIO:

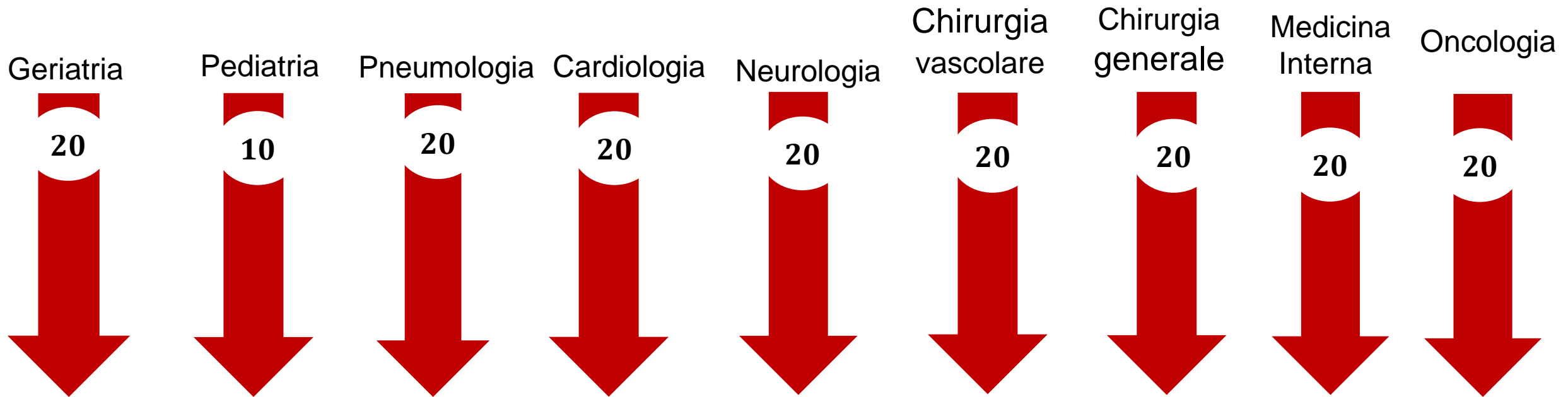
Il MMG/PLS o lo specialista del territorio individueranno i pazienti candidati all'accesso in corsia virtuale sulla base di criteri/score definiti.



OSPEDALE VIRTUALE

170 POSTI LETTO

PAZIENTE DA OSPEDALE O DA TERRITORIO



INCONTRO AISC – 5 LUGLIO 2022 – ROMA
SALA "ADALBERTO LIBERA" - HOTEL THE HIVE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE