



ROMA

SALA ATTI PARLAMENTARI
BIBLIOTECA DEL SENATO
"GIOVANNI SPADOLINI"

Piazza della Minerva, 38

ORARIO 14,00 - 17,00

19 FEBBRAIO 2019

2019 **MOTORE** 
SANITÀ 
Gestire il Cambiamento

ACADEMY

**IL GOVERNO DELLA ASSISTENZA SANITARIA
IL PAZIENTE AL CENTRO**

ACADEMY

IL GOVERNO DELLA ASSISTENZA SANITARIA

TAVOLA ROTONDA

La centralità delle Regioni nella governance assistenziale della Sanità,
l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale, La presa in carico del
paziente cronico,
I LEA: Significato e variabilità,
I PDTA: Strumenti per la governance e la misurabilità del Sistema
Sanitario



Regione Toscana

Dr.ssa MONICA CALAMAI

Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale

- EPIDEMIOLOGIA della CRONICITÀ
- LA STRATIFICAZIONE
- LEA
- PSSIR approvato il 21.01.19
- PIANO DELLA CRONICITÀ RT
- PDTA e PDTAS



SOMMARIO



**Le malattie croniche in Toscana:
cosa ci dicono i dati**

Un po' meno malati cronici rispetto alle medie nazionali

Tabella 1. Malattie croniche - Numero casi e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti - Toscana e Italia, anno 2016 - Fonte: ISTAT

Malattia	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Ipertensione	574	15,4	17,4
Artrosi, artrite	572	15,4	15,9
Malattie allergiche	399	10,7	10,7
Osteoporosi	296	7,9	7,6
BPCO	204	5,5	5,8
Disturbi nervosi	189	5,1	4,5
Diabete	183	4,9	5,3
Malattie del cuore	132	3,5	3,9
Ulcere	61	1,6	2,4
Almeno una	1.439	38,6	39,1
Una soltanto	702	18,8	19,2
Almeno due	737	19,8	20,7



Un trend in leggera diminuzione contro un trend nazionale stabile

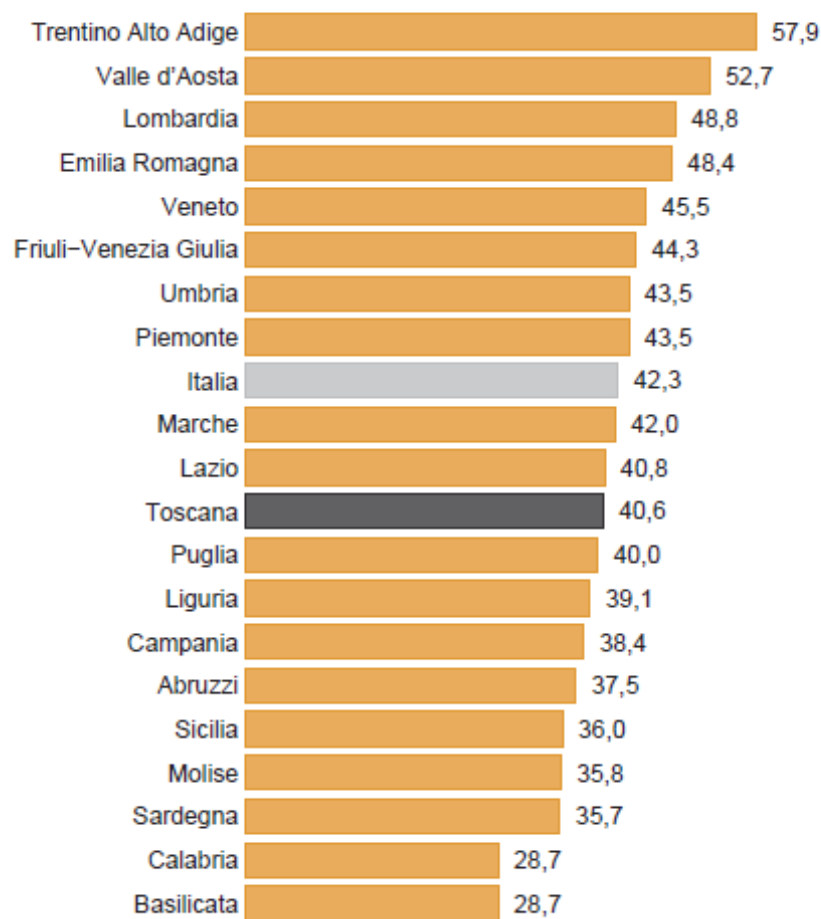
Figura 1. Malati cronici - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2009-2016 - Fonte: ISTAT



Regione Toscana

Illness in disease ... leggermente al di sotto della media nazionale

Figura 2. Malati cronici in buona salute – Persone che si dichiarano comunque in buona salute per 100 malati cronici – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: ISTAT



Regione Toscana

- Popolazione adulta (**>16 anni**)
- Residenti in regione **Toscana**
- Elaborazioni di **dati amministrativi** dei flussi sanitari del sistema informativo toscano
- Ogni patologia ha un proprio **algoritmo** d'identificazione

Fonte: banca dati MALattie CROniche (MACRO)



Sono state considerati 14 gruppi di patologie (che comprendono tutte le patologie oggetto del Piano Nazionale Cronicità):

1. patologie trasmissibili (Hiv)
2. Ipertensione
3. insufficienza cardiaca e aritmie (Insufficienza cardiaca, Cardiopatia ischemica, Fibrillazione atriale)
4. Diabete
5. insufficienza renale cronica
6. BPCO
7. malattie infiammatorie croniche intestinali
8. malattie reumatiche
9. esiti ictus e cerebrovascolari acquisite (Pregresso Ictus, Gravi cerebro lesioni acquisite)
10. malattie muscolo e neurodegenerative escluse demenze (Sclerosi multipla, Parkinson, SLA, Epilessia, Distrofia muscolare)
11. Demenze
12. malattie psichiatriche (Disturbi dell'umore, Psicosi, Ritardo mentale, Terapia cronica con antipsicotici, Terapia cronica con antidepressivi)
13. tumori "sottoposti ad un trattamento radicale e che non presentano sintomi riferibili a ripresa di malattia" (mammella, prostata, polmone)
14. malattie rare e genetiche (solo patologie oggetto della definizione dei pdta in Toscana)



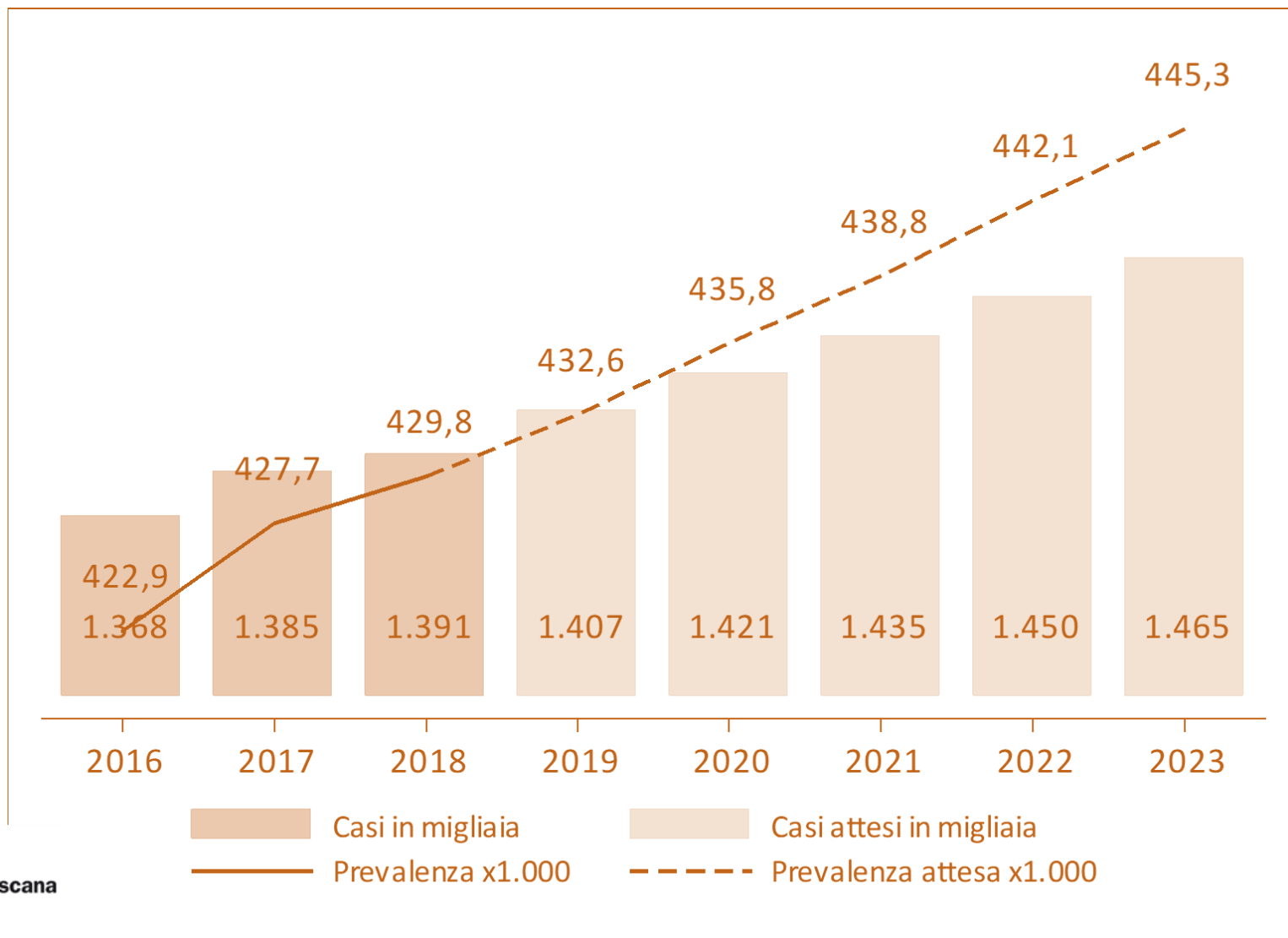
Prevalenti per almeno una patologia (2018) per genere, età e Asl di residenza – Numeri assoluti e valori percentuali

Popolazione	Livello	n	x100
Prevalenti		1.390.920	100,0
Genere	Maschi	637.934	45,9
	Femmine	752.985	54,1
Età	16-44	182.019	13,1
	45-54	191.236	13,7
	55-64	257.692	18,5
	65-74	320.387	23,0
	75-84	294.491	21,2
	85+	145.095	10,4
Asl di residenza	Centro	588.968	42,3
	Nord Ovest	481.767	34,6
	Sud Est	320.185	23,0



Prevalenti per almeno una patologia, trend storico e proiezione

Casi in migliaia e prevalenza x 1.000



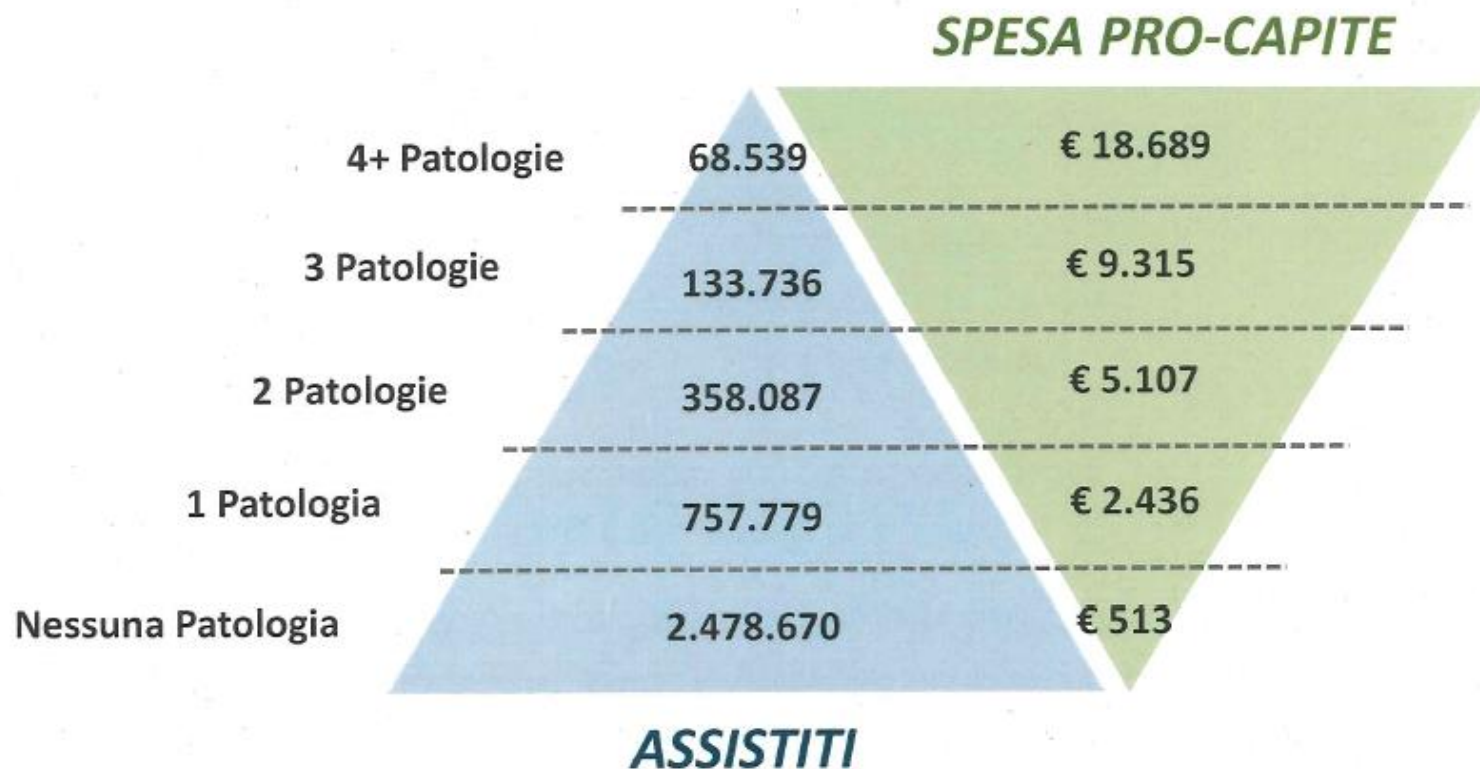
Prevalenti per singolo gruppo di patologie al 1 gennaio 2018 – Casi e prevalenza x 1.000 abitanti

Patologia	n	x1.000
Ipertensione	1.011.529	312,6
Psichiatriche	264.149	81,6
Diabete	258.844	80,0
BPCO	235.018	72,6
Insufficienza cardiaca/aritmie	234.969	72,6
Insufficienza renale	90.687	28,0
Esiti ictus	69.801	21,6
Neurodegenerative	65.593	20,3
Reumatiche	54.771	16,9
Demenze	54.288	16,8
Rare/genetiche	50.967	15,7
Tumori	46.834	14,5
Rettocoliti	22.227	6,9
Hiv	6.705	2,1



Spesa pro-capite per categorie patologiche

Dato Regione Toscana, anno 2017



Una possibile stratificazione degli assistiti in base agli interventi indicati nei PDTAS ...

	Interventi indicati dai PDTAS								
	Interventi comunità	Supporto self management	Visite MMG programmate	Prime visite specialistiche	Visite specialis di controllo	Assistenza Domic Integrata	Cure intermedie	Servizi socio-sanitari	Cure palliative
multimorbosità complessa	+	++	+++	+	+++	+++	+++	+++	+++
danni d'organo / altre malattie conclamate in stadio non avanzato	++	++	+++	+	++	+			
diabete e altri fattori di rischio cv maggiori senza danni d'organo né altre malattie conclamate	++	++	++	+					
assenza di fattori di rischio cv maggiori e malattie conclamate	+++	+	+						

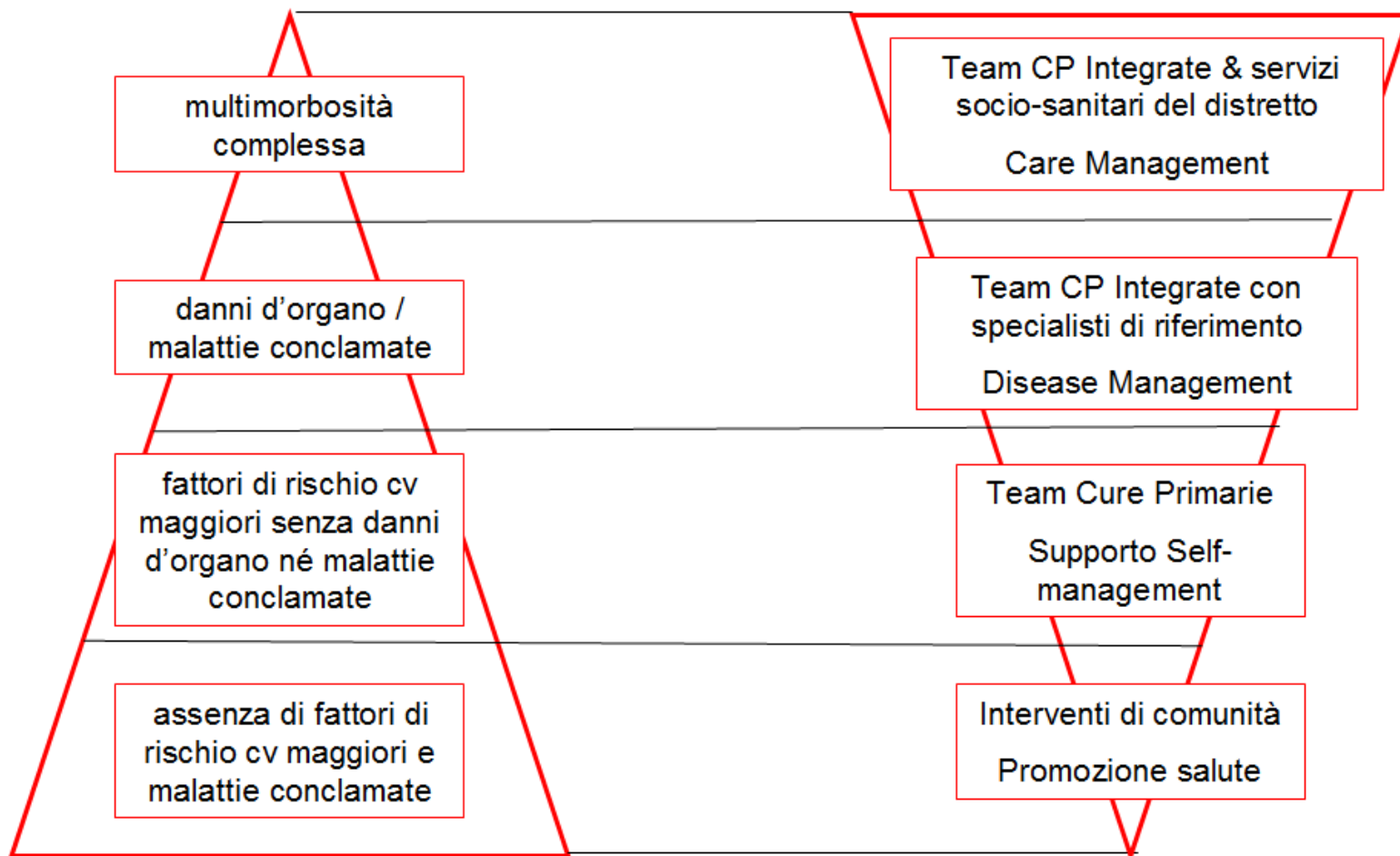


Sulla base dei dati MaCro, utilizzando anche l'informazione sulla "complessità" assistenziale del paziente, è possibile stimare la numerosità delle 4 categorie

multimorbosità complessa	Complessi 8.456 assistiti; 12,6%
danni d'organo / altre malattie conclamate in stadio non avanzato	Almeno una malattia (oltre diabete) 701.706 assistiti; 21,7%
diabete e altri fattori di rischio cv maggiori senza danni d'organo né altre malattie conclamate	Diabete/Dislipidemia/Ipertensione 598.916 assistiti; 18,5%
assenza di fattori di rischio cv maggiori e malattie conclamate	1.850.974 assistiti; 57,2%

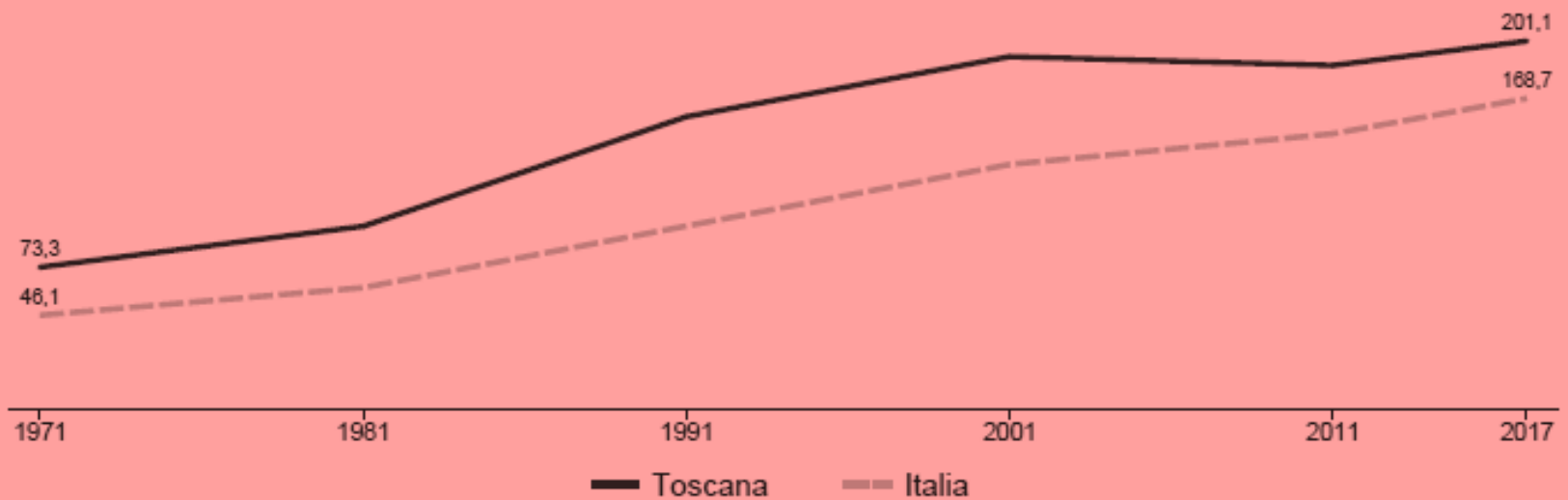


... ed i modelli organizzativi di presa in carico:



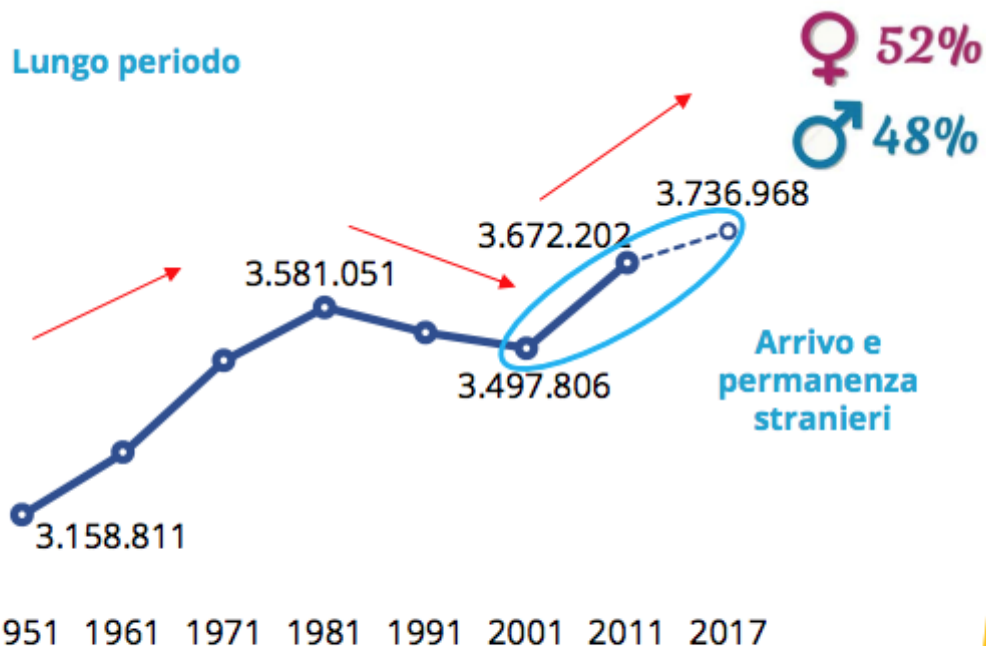
Dove stiamo andando ?

Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 1971-2017 - Fonte: ISTAT



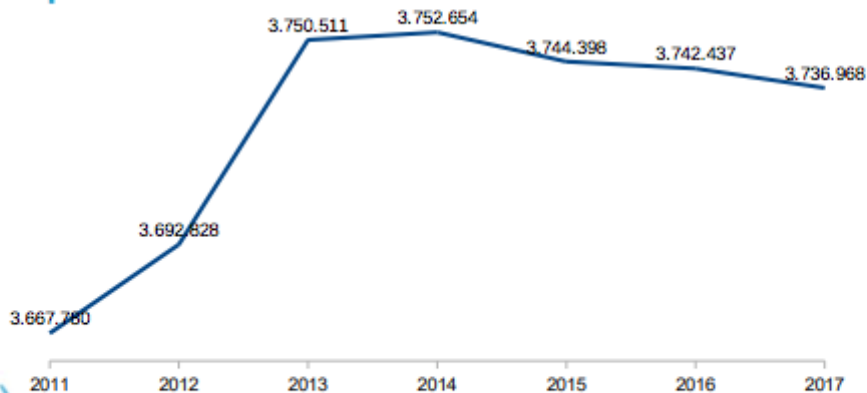
Dinamica e struttura della popolazione

Lungo periodo

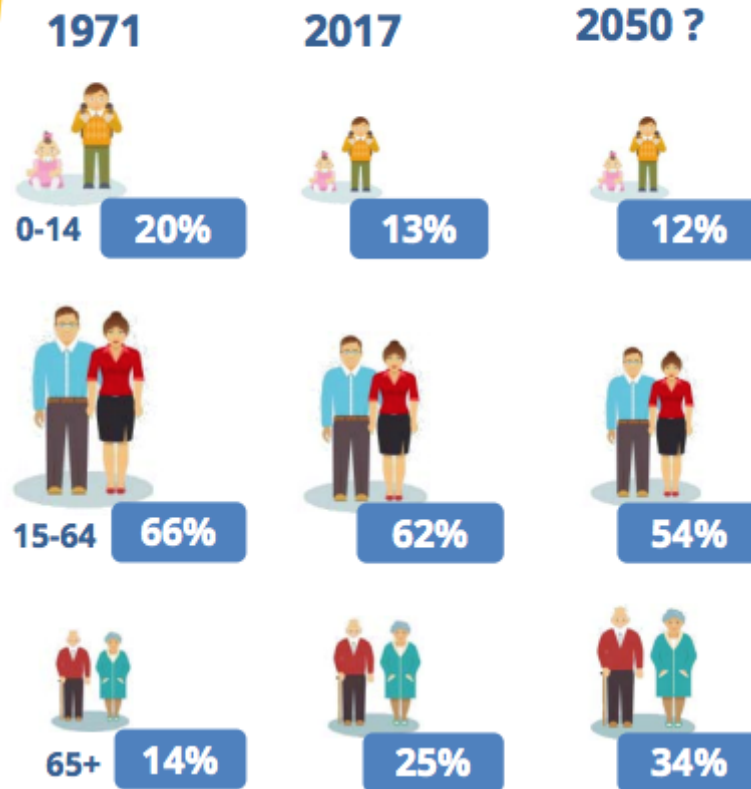


Breve periodo

Popolazione in Toscana - Anni 2011 - 17



Come cambia (e cambierà) la struttura per età



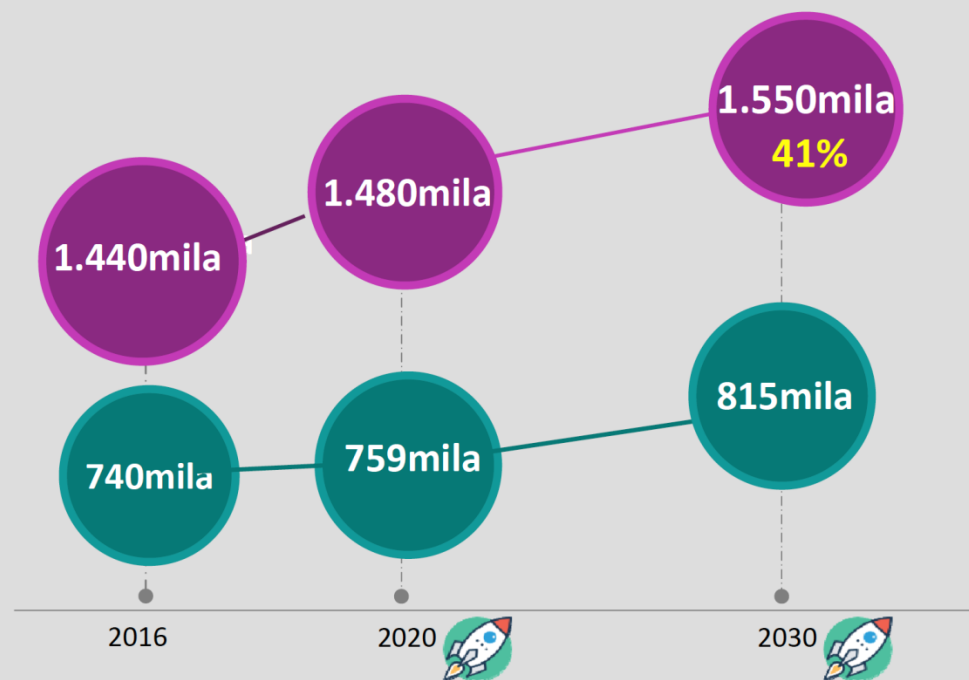
Over 64 = **Meno di 1 anziano per ogni giovane** = **2 anziani per ogni giovane** = **3 anziani per ogni giovane?**
 Under 14

Toscana 2017

Malati cronici

malati cronici
almeno 1 patologia

malati cronici
almeno 2 patologie

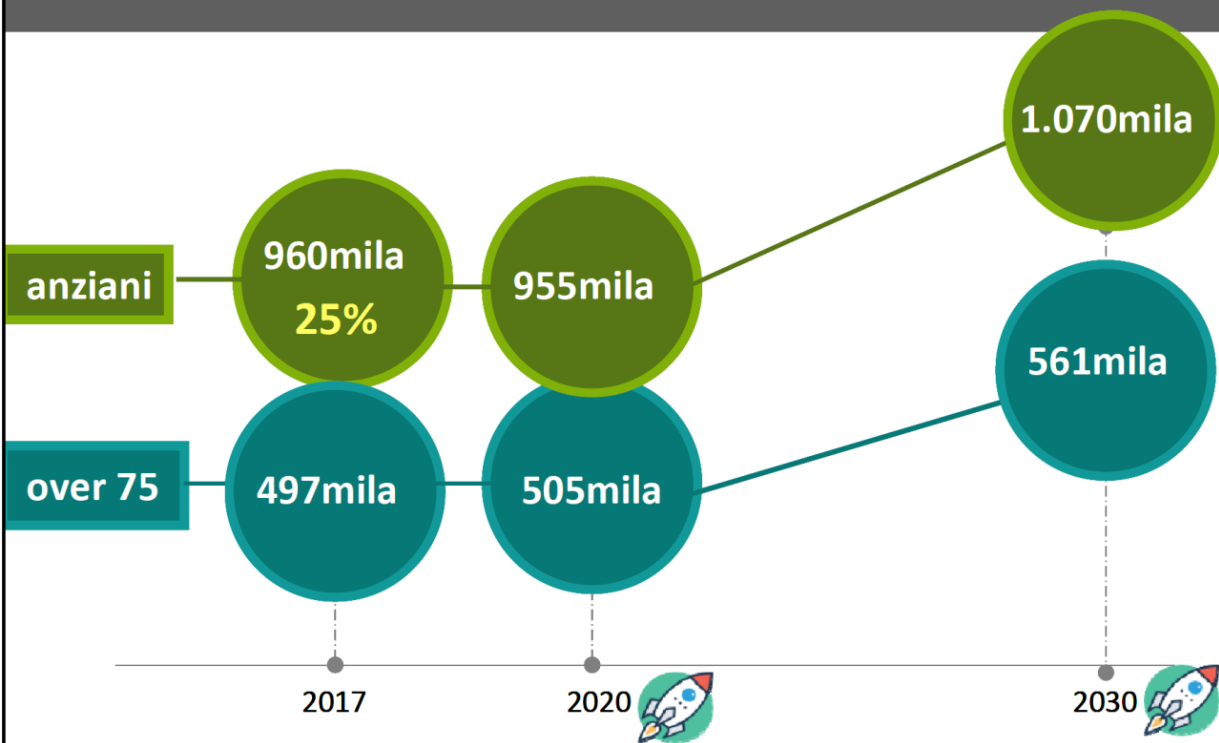


Welfare e salute in Toscana 2017



Regione Toscana

Salute degli anziani



703mila
anziani almeno
1 patologia cronica

714mila - 2020
798mila - 2030

Toscana **2017**



1 su 4

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

RICOVERI

50%

- tumori
- malattie cardiovascolari

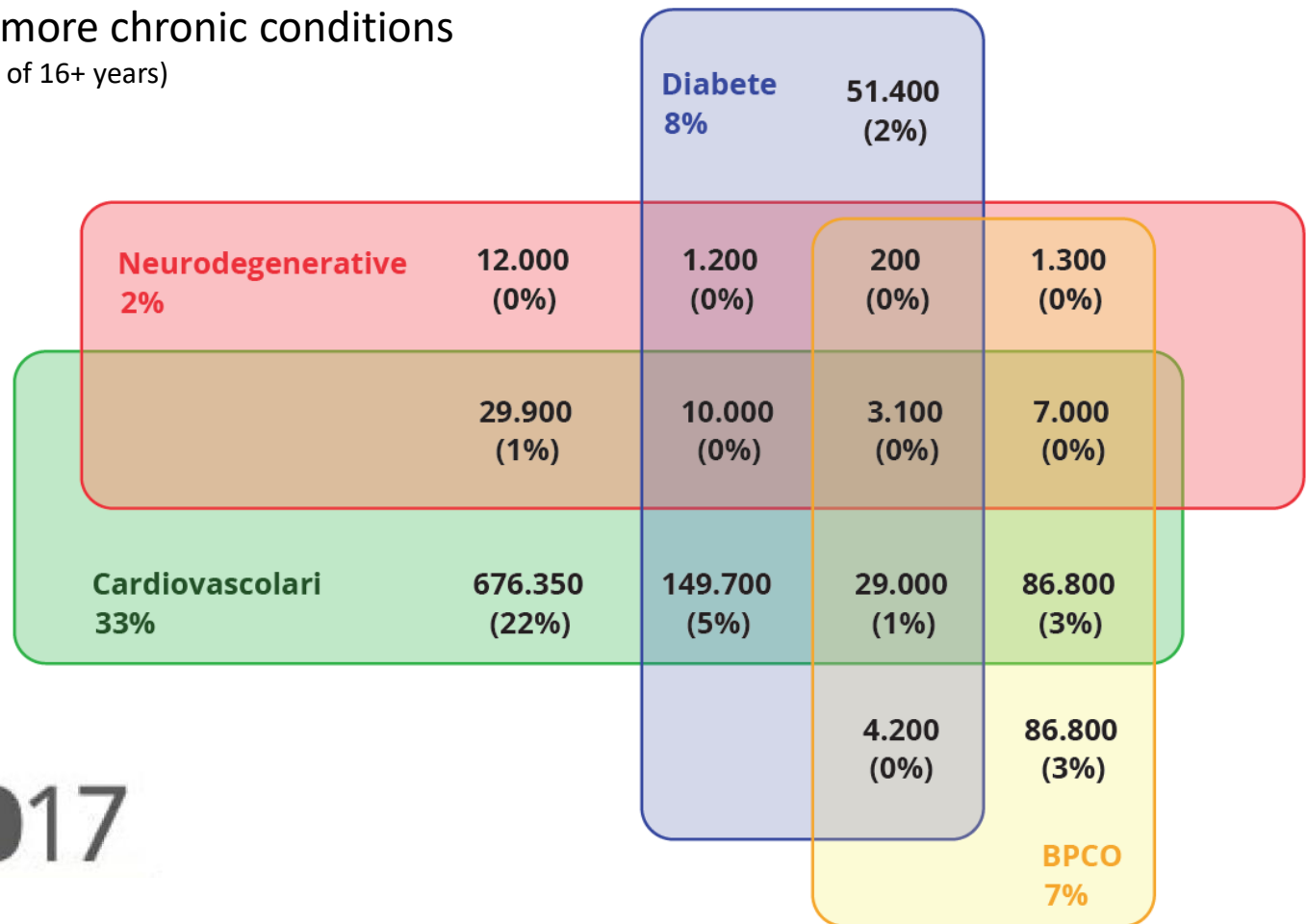
MALATTIE



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

Overlap of chronic diseases

In Tuscany about 1 million and 150 thousand adults with one or more chronic conditions
(estimate for the population of 16+ years)



Toscana 2017

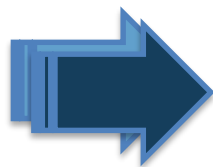
Chronic diseases in Tuscany - Prevalence for 100 inhabitants of age 16+ years - year 2017

Source: ARS elaborations on data flows of Tuscany health information



Regione Toscana

Livelli Essenziali di Assistenza



Nuovi LEA - L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, sostituisce integralmente il precedente Dpcm 29 novembre 2001, recante “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”.

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA.

Nuovi LEA - Le principali caratteristiche del provvedimento

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale;
- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione.

Indicatori del NSG

Prevenzione collettiva e Sanità pubblica	16 indicatori
Assistenza Distrettuale	33 indicatori
Assistenza Ospedaliera	24 indicatori
Indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario	4 indicatori
Indicatori di Equità Sociale	1 indicatore
Indicatori per il monitoraggio dei PDTA	10 indicatori
<u>in totale</u>	<u>88 indicatori</u>



PROLEA

Programma Regionale di Osservazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il programma **PROLEA** di ARS, primo in Italia, mette a disposizione un innovativo sistema di indicatori finalizzato a misurare tempestivamente equità, qualità e appropriatezza dei LEA, valutando in maniera ragionata come siano **effettivamente garantiti i LEA nei diversi contesti locali ai diversi livelli di assistenza** (attività ospedaliera, di pronto soccorso, specialistica e farmaceutica). In particolare il sistema permette ai decisori attività di benchmark orientato alla valutazione finalizzata alla programmazione e al confronto sugli indicatori di equità, attività e di spesa, monitorando l'uniforme erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del SSR al fine di garantirne una più equa distribuzione nella popolazione ed una maggiore correlazione tra gli indicatori di salute, di consumo di risorse e di esiti delle cure.





Prevenzione ▾

Distrettuale ▾

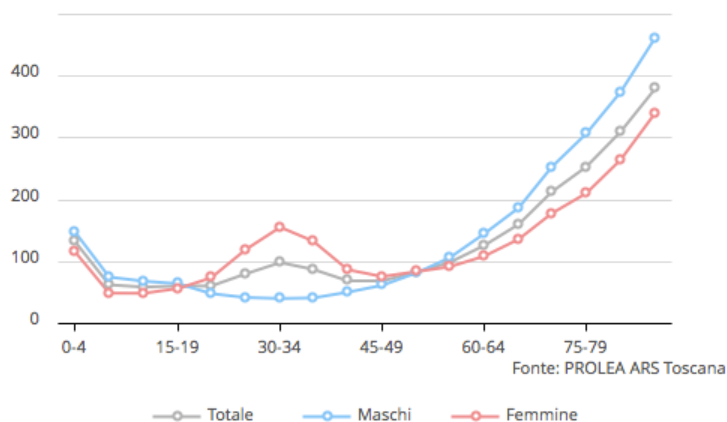
Ospedaliera ▾

PDTA ▾

Distribuzione per classe d'età



Distribuzione per classe d'età
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
Regione - Periodo: 2013-2017



Distribuzione geografica per ASL



Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
Regione - Periodo: 2013-2017



- Valore normale
- Scostamento minimo
- Scostamento in miglioramento
- Scostamento non accettabile
- Soglia Ministero assente



JS map by amCharts

Fonte: PROLEA ARS Toscana





Prevenzione ▾

Distrettuale ▾

Ospedaliera ▾

PDTA ▾

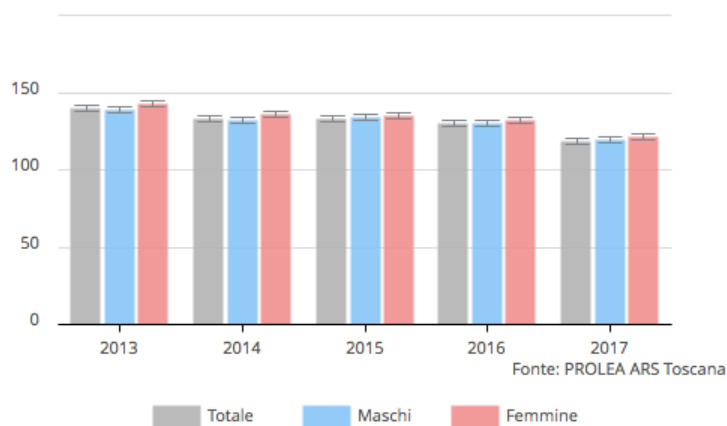
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti



Andamento temporale



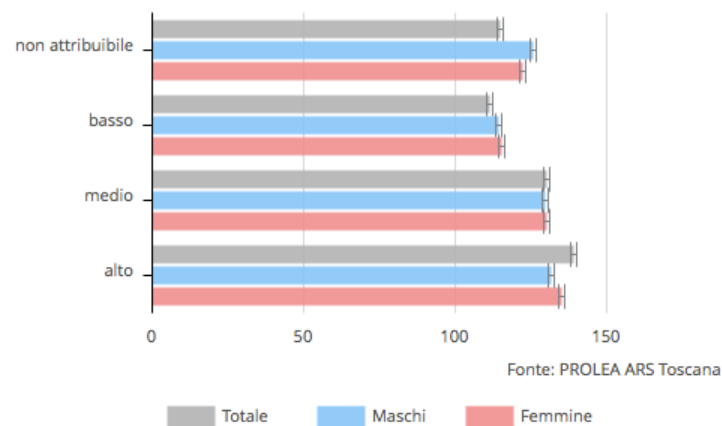
Andamento temporale
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
Regione - Periodo: 2013-2017



Distribuzione per titolo di studio



TITOLO DI STUDIO
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
Regione - Periodo: 2013-2017





Regione Toscana



PIANO CRONICITÀ REGIONE TOSCANA

La lenta marcia del Piano nazionale della cronicità

A oggi non sono mai state stanziate risorse destinate espressamente al Piano

REDAZIONE 13 MARZO 2018 15:33



13 Marzo 2018

Piano nazionale della Cronicità: a che punto siamo

Sono quasi 24 milioni gli Italiani che hanno una o più malattie croniche. Per occuparsi di loro il 2016 un apposito Piano. Ma, secondo il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, l'

Sei, sette, dieci, zero: sono i quattro numeri cardine in Piano nazionale della cronicità definito da Governo e del 2016.

Sei sono gli aspetti chiave del Piano: aderenza, approp cure domiciliari, formazione/educazione/empowerme competenza).



Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato su Piano Nazionale delle Cronicità: accelerare i tempi di attuazione in tutti i territori, garantire il protagonismo delle associazioni civiche e usare i 21 milioni di euro stanziati per informatizzare il SSN. Le malattie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa di circa 700 miliardi di euro l'anno. In Italia sono quasi 24 milioni le persone che hanno una o più malattie croniche. Il nostro Paese, un anno e mezzo fa, ha messo nero su bianco come il Servizio Sanitario Nazionale intende occuparsi delle persone che soffrono di malattie croniche nel Piano Nazionale delle Cronicità: ma l'implementazione va a rilento. Attraverso l'Intesa di settembre 2016 tutte le Regioni e Province autonome si impegnano a recepire il documento con propri provvedimenti e a dare attuazione ai contenuti del Piano nei rispettivi ambiti territoriali. Ma ad oggi le Regioni procedono in ordine sparso e si evidenziano ancora molte aree critiche nella gestione delle malattie croniche.



DIRITTI	AUTONOMIA	SALUTE	LAVORO	STUDIO	SPORT E TURISMO
---------	-----------	--------	--------	--------	-----------------

Home > Salute > Accelerare ovunque l'attuazione del Piano Nazionale delle Cronicità

Accelerare ovunque l'attuazione del Piano Nazionale delle Cronicità

«L'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità – viene sottolineato dal Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva – rappresenta un eccezionale strumento per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure da parte dei cittadini, per garantire effettività ai Livelli Essenziali di Assistenza e per contribuire alla sostenibilità del sanitario Nazionale mediante l'innovazione organizzativa. A un anno e mezzo, approvazione del Piano, solo cinque Regioni lo hanno recepito formalmente. È quindi che tutte le Regioni si mettano velocemente "in regola"»



Elaborazione graficare realizzata da Cittadinanzattiva per presentare gli obiettivi perseguiti dal Piano Nazionale della Cronicità

«L'attuazione sostanziale del Piano in tutte le Regioni rappresenta un eccezionale strumento per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure da parte dei cittadini, per garantire **effettività ai LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) e per contribuire alla **sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale**

innovazione organizzativa che questo introduce. Perciò, a distanza di un anno e l'approvazione dello stesso, è preoccupante che siano **solo cinque le Regioni ad averlo recepito formalmente**. È necessario che velocemente tutte le Regioni si mettano "in

Corretta presa in carico e gestione delle cronicità: UN'URGENZA IMPROCRASTINABILE

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

8



In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.

Fonte: Piano Nazionale Cronicità



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

OBIETTIVI STRATEGICI SU CUI SI ARTICOLA IL PIANO

Il piano si concentra su **otto obiettivi chiave** (driver)

- RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI
- **GESTIRE LA CRONICITÀ** ←
- SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI 'CARE'
- ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE



PSSIR 2018-2020

Driver ②

GESTIRE LA CRONICITÀ

“ La cronicità e la salute al nostro tempo: il Sistema Sociosanitario Pubblico si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza



Regione Toscana

Driver ②

GESTIRE LA CRONICITÀ

Azioni da compiere:

- **Stratificazione e *targeting* della popolazione**
- **Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce**
- **Preso in carico e gestione del paziente (PDTAS)**
- **Erogazione di interventi personalizzati**
- **Valutazione della qualità delle cure erogate**



DEFINIZIONE DELLA CRONICITÀ

Non si può parlare di una cronicità ma di tante cronicità:

« problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni » (OMS). Condizioni molto **diverse** per:

- **prevalenza**
- **insorgenza**
- **sintomatologia**
- **controllabilità**
- **evoluzione verso la disabilità**



DEFINIZIONE PDTA

*“una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, **che prevede la partecipazione integrata** di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la **diagnosi e la terapia più adeguate** per una specifica situazione patologica”.*

(Piano Nazionale per il Governo delle Liste d’Attesa 2010-2012)

DEFINIZIONE PDTAS®

un PDTAS per la cronicità è:

- *“una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti **e del paziente stesso**, a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi clinica, **la valutazione bio-psico-sociale, e concordare con la persona** la terapia, **l’assistenza, l’attivazione di interventi e risorse sociali e l’adozione di comportamenti di salute** più adeguati per gestire nel tempo con continuità, aderenza ed efficacia una o più condizioni di salute croniche”*.



dal PDTAS al PAI

Il Piano Nazionale Cronicità introduce il “**Piano di Cura Personalizzato**”, ben diverso dal classico piano di cura clinico, (che) diviene, quindi, un piano adattato alle problematiche specifiche, non solo cliniche, di ogni singolo paziente, ma anche ai suoi effettivi potenziali.

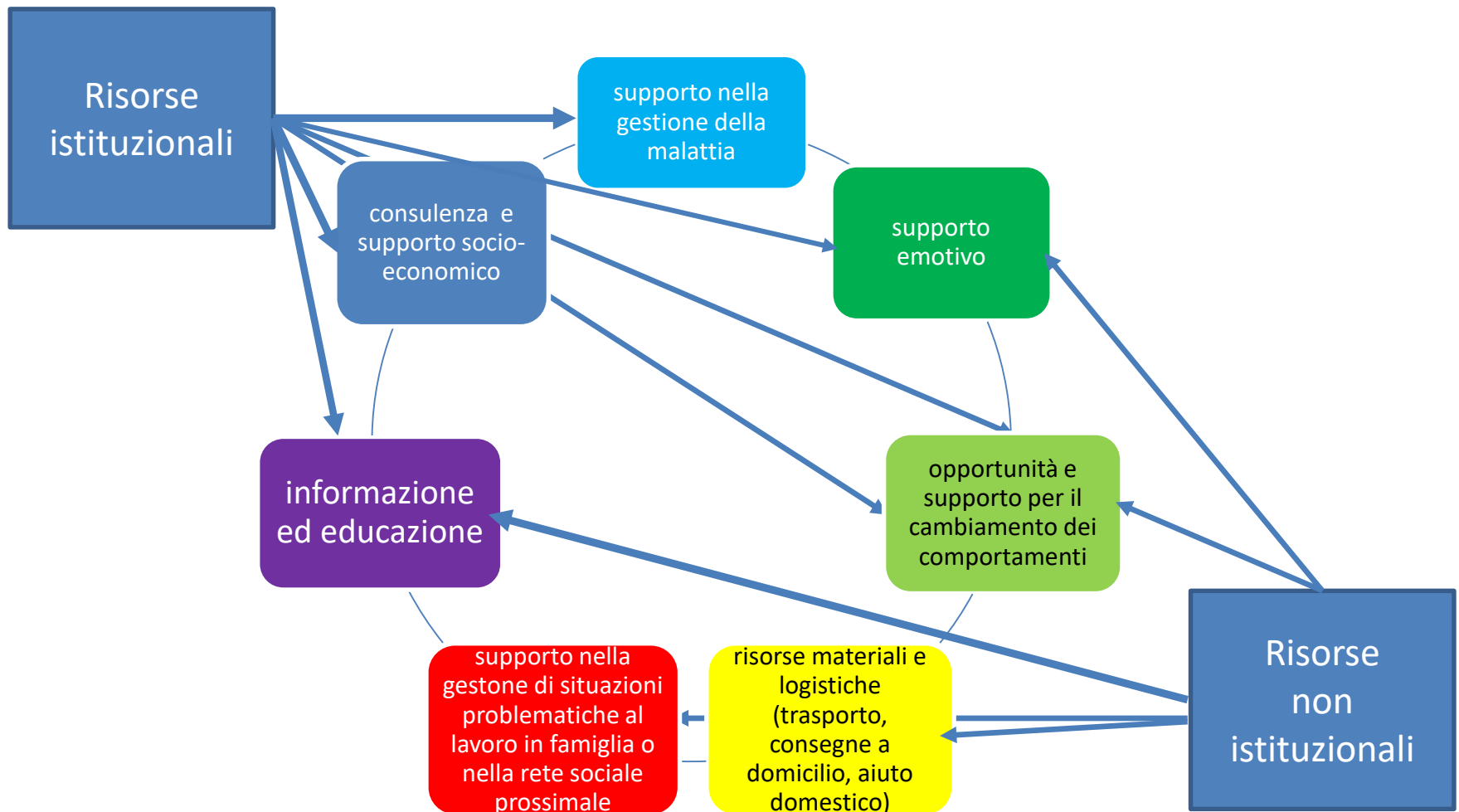
Il Piano di cura personalizzato costituisce, quindi, un programma che integra un “**percorso assistenziale**” con un “**percorso esistenziale**”, tiene, quindi, in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, che è e resta l'attore fondamentale della propria cura, esperto della propria malattia “**vissuta**” (illness), ben diversa e lontana dal classico concetto clinico di malattia (disease), generalmente prevalente nei servizi e tra i professionisti.

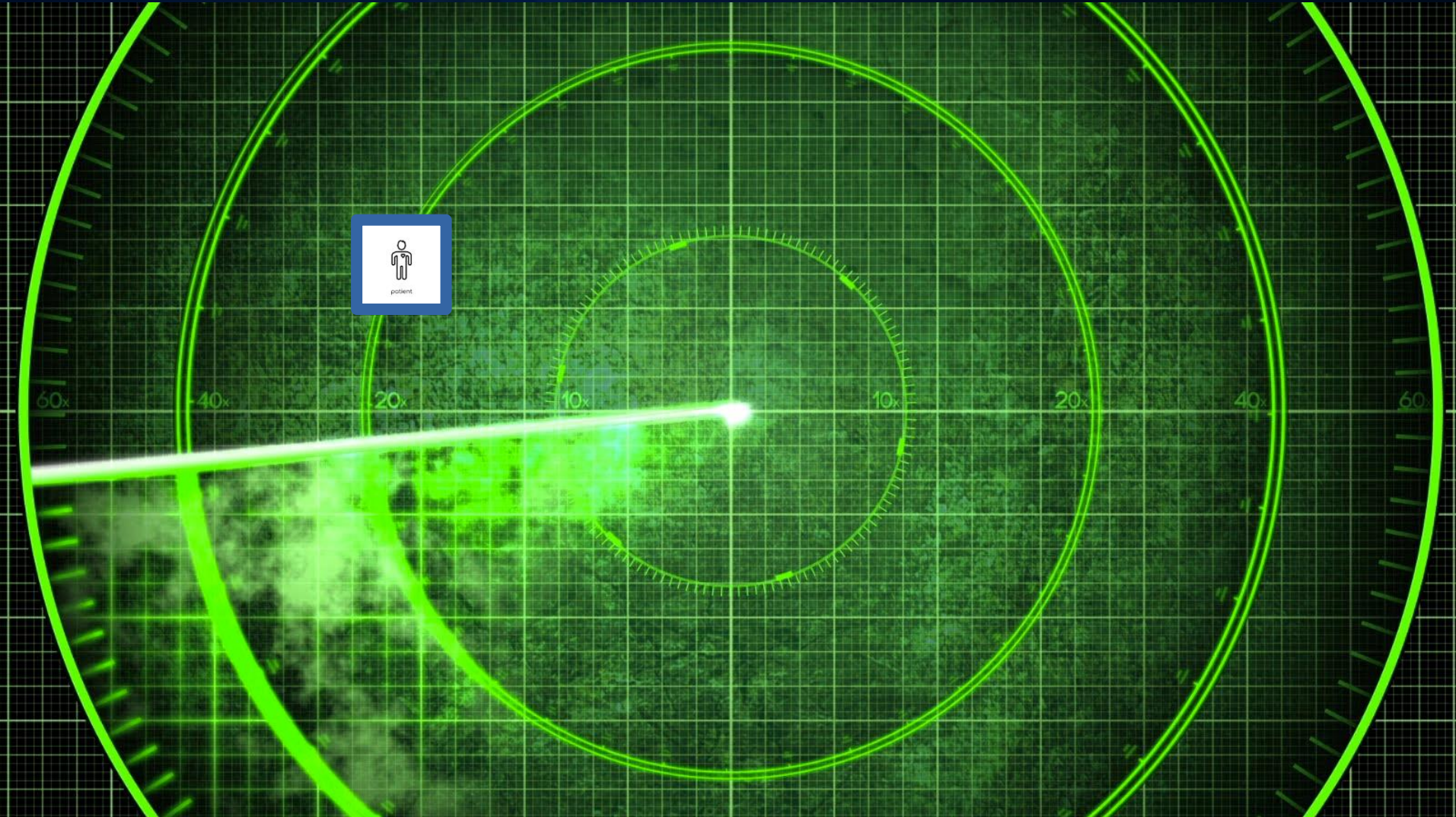
A questo deve seguire un vero e proprio “Patto di cura”, che vede un coinvolgimento del paziente molto più profondo rispetto alla semplice “adesione” (compliance).”



LE RISORSE DELLA COMUNITÀ

I bisogni delle persone con condizioni croniche nell'ottica biopsicosociale





Il paziente con patologia cronica non dovrebbe trovarsi mai al di fuori del raggio di azione del 'radar' del sistema sanitario



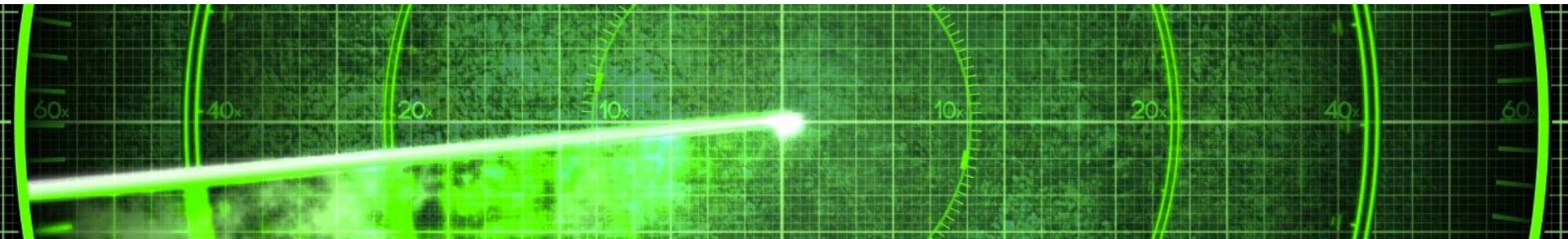
Il paziente è fuori dal radar:

- tra una visita di controllo e un'altra
- quando manca un collegamento efficace tra MMG e specialista
- se viene portato in PS (frequent user) ma non è possibile un collegamenti con chi lo sta seguendo
- quando viene ricoverato ed ogni episodio di ricovero è un caso a sè
-

Cosa occorre fare...

Assicurare continuità nella 'cura'

- superare la ritualità dei controlli a calendario e mantenere un **contatto costante con il paziente** (*self management, recall da infermiere di famiglia, telecomunicazione, gruppi di pazienti, ecc.*) per intercettare in tempo modifiche nelle condizioni cliniche ed evitare accessi inutili a visite specialistiche, PS



Cosa occorre fare ...

Assicurare continuità nella 'cura'

- creare relazioni strutturate e codificate tra i diversi step dei percorsi di cura senza più distinguo tra ospedale e territorio

- il paziente è unico e intorno a lui occorre far ruotare i professionisti che possono agire in setting diversi



Cosa occorre fare ...

Assicurare continuità nella 'cura'

- **gestione proattiva** dei '*frequent users*' PS
- **case management** in caso di ricovero
- **fruibilità delle informazioni** cliniche nei diversi contesti e tra i diversi professionisti



A white sculpture of a winged horse, possibly a Pegasus, in a rearing position. The horse is facing right, with its front legs raised and its wings spread out. The background is a solid light green color.

Alcune buone pratiche...

CaRED – Careggi REengineering Discharge

*Valutare l'impatto della **reingegnerizzazione** del processo di dimissione in termini di:*

- Riduzione delle riammissioni nei reparti di Medicina Interna e dei re-accessi in pronto soccorso a 30 giorni
- Miglioramento della qualità del lavoro percepita dagli operatori ospedalieri e dai medici di medicina generale
- Soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari
- Comunicazione innovativa con medici curanti

Innovazioni introdotte dal progetto CaRED

- **Comunicazione interattiva** tra medici ospedalieri e MMG (*avviso email dell'avvenuto ricovero/dimissione, visualizzazione diretta della cartella clinica informatizzata, chat in tempo reale tracciata e sicura, reperibilità telefonica*)
- **Comunicazione chiara** ed efficace con il paziente/caregiver (riconciliazione tra terapia domiciliare e terapia di dimissione, schema terapeutico fatto su misura per il pz)
- Possibilità di **contattare facilmente** i medici ospedalieri responsabili della dimissione in fasce orarie prestabilite (reperibilità telefonica)



Modifica alla LDO

1) Appuntamenti e Follow-up

Controlli programmati		
Descrizione	Data/ora	Nota
Visita Oncologica	16/11/2015 15:00	Ambulatori Oncologia (Padiglione Volano - piano terra)

2) Terapia farmacologica



MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 2

DIPARTIMENTO DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

DEGENZA ORDINARIA DI MEDICINA B

Padiglione: 12 - DEAS - Pronto Soccorso

Direttore: Dr. Alessandro Morettini

Tel.: 055-7946268 055-7946412 - 0557946412 - 0557946287

email: morettinia@ao-u-careggi.toscana.it



Agenda del paziente

Da assumere la Mattina

Farmaco	Dose	Via	Giorni	Motivo	Note
RYTMONORM*28CPS 325MG R.P.PVC/ (Propafenone)	1 Capsula	Per bocca			
LANSOX 15*14CPS 15MG (Lansoprazolo)	1 Capsula	Per bocca			
CARDIOASPIRIN*30CPR 100MG (Acido acetilsalicilico)	1 Compresa	Per bocca			
FLAGYL*20CPR 250MG BLIST (Metronidazolo)	2 Capsula	Per bocca			Diarrea da C. difficile. da proseguire per 15 giorni
DIFLUCAN*10CPS 100MG (Fluconazolo)	1 Capsula	Per bocca			infezione urinaria da miceti. da proseguire per 7 giorni



Modifica alla LDO

3) Contatti con l'ospedale:

Equipe di riferimento per informazioni dopo la dimissione

Dopo la dimissione, è possibile chiamare il numero dedicato negli orari prestabiliti per informazioni, dubbi e chiarimenti rispetto alla lettera di dimissione o a eventuale supporto per la gestione della propria terapia e situazione clinica.

Dr.ssa S. Vecchiarino

Dr. F. Ferrante

Dr. F. Falcini

Dr.ssa E. Ciani

Telefono: 055 7946135

Orario: 12:30 - 13:30



4) Contatti con il medico di medicina generale

Data/Ora	Nota	Operatore
03/03/2016 15:54	drssa [redacted] buonasera le scriviamo in merito al pz ed in particolare le chiediamo se è agganciato ad un centro diabete e se è seguito da un ambulatorio medicazioni per le ulcere diabetiche. Le chiediamo inoltre se per caso faceva anche insulina lenta oltre alla rapida. Siamo in attesa dei risultati dell'Hb glicata, che comunque potrà visualizzare direttamente accedendo alla cartella.	[redacted]
03/03/2016 16:32	non è agganciato al centro diabetico, la glicata del 26/02 è 44 e la creatinina 3.7, non faceva insulina lenta in quanto mal gestibile. Vive con la compagna in fase terminale per k intestinale non ha un supporto familiare dietro. Le lesioni diabetiche sono comparse da circa 20 gg ed è seguito dall'infermiere territoriali da 4 giorni dovrebbe aver iniziato antibiotici. dal 3/02 non ha più fatto aranesp in quanto scaduto piano terapeutico in gennaio e non rinnovato dai famigliari	[redacted]
08/03/2016 15:12	LA NEFROLOGIA HA GIÀ INCARICATO IL PAZIENTE L'ULTIMA VOLTA NON C'È ANDATO	[redacted]
08/03/2016 15:14	presa visione del progetto di lunga degenza	[redacted]
08/03/2016 16:19	Bene dott.ssa le confermiamo che è stata attivata la continuità assistenziale e che già oggi è venuta per valutazione l'assistente sociale, drssa [redacted]	[redacted]
11/03/2016 17:07	Ho parlato anche con il Dr. [redacted] per l'eventuale trasferimento in una lunga degenza dato il difficile rientro a casa	[redacted]



**“WhatsApp” Sanitario
tracciato e sicuro**



4) Contatti con il medico di medicina generale

☒ Note Medico Medicina Generale (curante)		
Data/Ora	Nota	Ope
06/07/2017 11:10	Esami ematici eseguiti in Dicembre con emocromo nei limiti, fatti esami di controllo per astenia e per passaggio da coumadin a nao, è risultata emoglobina a 5,8. Il pz non ha mai riferito anguinamenti. Nel maggio ultimo scorso riscontro di fibrillazione atriale regredita spontaneamente, da allora in tp con coumadin, valutato da cardiologo e neurologo, il quale per parkinsonismo ha iniziato tp con sinemet.	Bigi
06/07/2017 15:38	Il paziente ha effettuato una colonscopia con risocntro di lesione nel colon, per cui verrà effettuata stadiazione con TC total body con mdc.	Digi
07/07/2017 15:59	Tac cranio eseguita in data 10 giugno negativa,vedi allegato	Bigi
07/07/2017 16:04	Tac cranio eseguita in data 10 giugno negativa,vedi allegato	Bigi
10/07/2017 13:26	Cara Franca, dimettiamo oggi il malato, lo staging è risultato negativo per mtX. Abbiamo messo il malato in carico ai chirurghi del gruppo Cianchi. Io credo sia meglio sospendere completamente il TAO fino all'intervento (lo dimettiamo con una dose profilattica per TVP di eparina bpm). Se sei d'accordo riproporrei8 il TAO dopo l'intervento.	Mor
10/07/2017 15:15	Va bene io pensavo di metterlo a NAO per la difficile gestione a domicilio	Bigi



**“WhatsApp” Sanitario
tracciato e sicuro**



4) Contatti con il medico di medicina generale

Medico Medicina Generale (curante)

Data/Ora Nota

2018 15:19

Buongiorno. Non sono riuscito a venire, ma mi fa piacere avere un contatto con voi.
Ho parlato col figlio, che forse non ha ben chiara la gravità della situazione. Ammesso che **A...** sopravviva e che si stabilizzi, il figlio teme di dover pagare un eventuale ricovero in una struttura di lungodegenza...
Gli ho spiegato che se ci sarà questa necessità sarà trasferito da voi e che non dovrà pagare.
Grazie mille e buon lavoro. (sarò assente due giorni e rientro venerdì, per ev contatti: **0571 400000**), **Franco...**

2018 07:57

Caro **Franco...**, grazie del tuo contatto!
Noi abbiamo parlato con il figlio 3 giorni fa, e ieri con il nipote a cui ho ripetuto la gravità della situazione.
Dal punto di vista neurologico la situazione sembrerebbe stabilizzata ma temiamo che il paziente non abbia una grande prospettiva di recupero. Le problematiche principali paiono per il momento essere due: quella comportamentale per cui il pz è molto agitato, difficile da contenere, in relazione al decadimento cognitivo preesistente e alla nuova emorragia a sede temporale e la seconda è quella dell'alimentazione dato che il foniaatra sconsiglia caldamente alimentazione per os ma al momento ci è stato impossibile posizionare il SNG dato che il pz non è affatto collaborante.
Ieri ho invitato i familiari a riflettere sul dopo ricovero, per valutare se desiderino riprendere il malato a casa (cosa che a mio avviso richiede un'assistenza 24/24) oppure se ritengono necessaria una lungodegenza. Gli ho detto di farci sapere quanto prima per attivare eventualmente il progetto Caribel. Buona giornata
Francesca... (**0571 400000**)

2018 08:54

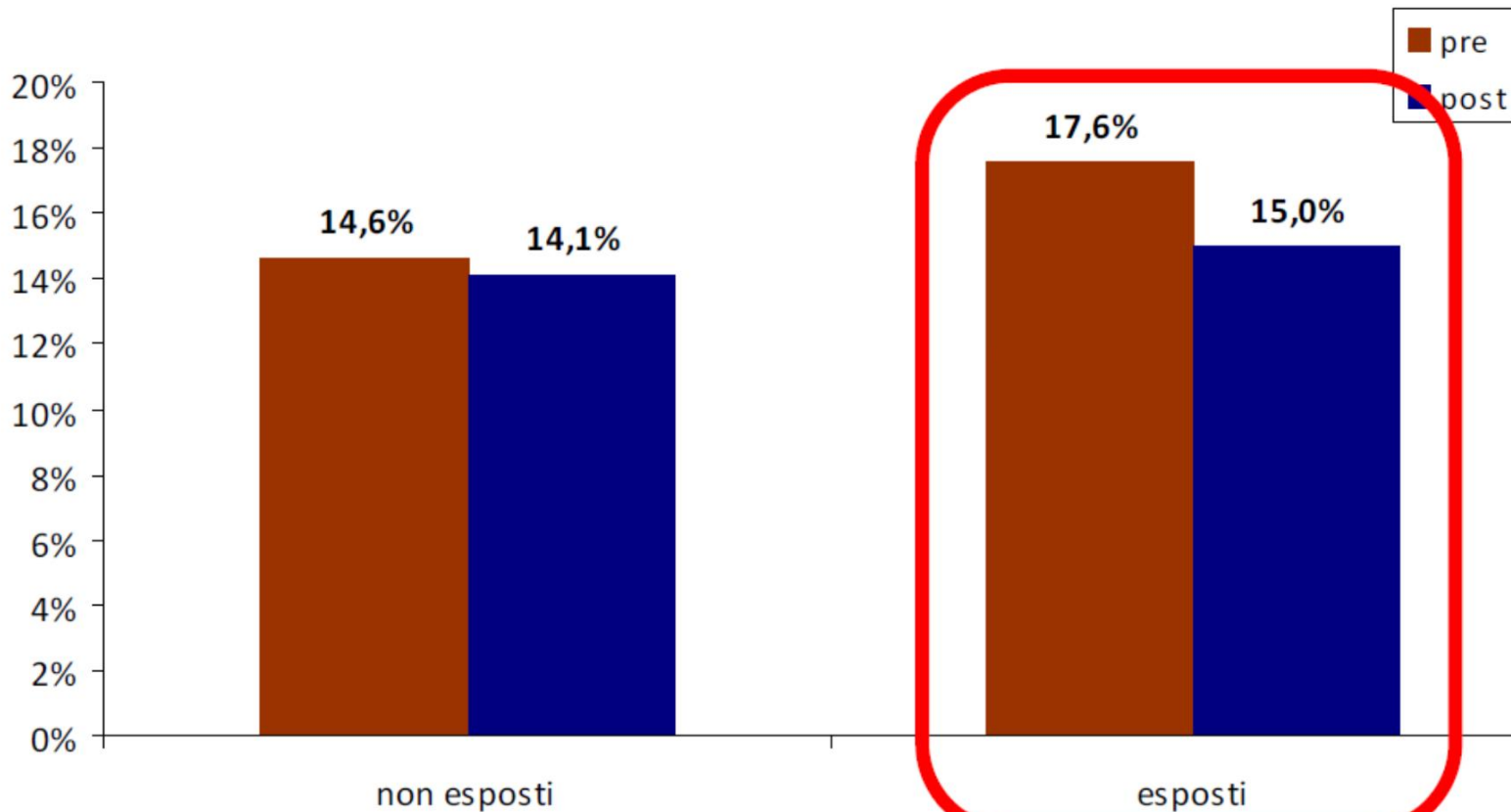
Buongiorno, grazie! Mi ha detto il figlio che ora sta assumendo qualcosa di morbido per os. Speriamo bene, anche perché nella sua situazione sarei contrario a intraprendere strade invasive tipo PEG...
Credo che vi abbiano già comunicato che sono favorevoli alla lungodegenza. Hanno contatti col dott. **M...** di Villa Ulivella, ma so che non è facile per voi gestire la destinazione della struttura...



**“WhatsApp” Sanitario
tracciato e sicuro**



Riammissioni a 30 giorni non pianificate



Esposti: dimessi in vita dal reparto medicina OACA di AOU Careggi e residenti nella zona fiorentina

Non esposti: dimessi in vita da un reparto medicina di altra AOU Toscana e residenti in zone limitrofe all'azienda

Periodo:

Pre: dimessi tra marzo e ottobre 2014 o 2015

Post: dimessi tra marzo e ottobre 2017

I non esposti sono appaiati per sesso, età, periodo e diagnosi di dimissione (per le riammissioni non pianificate).

risultati



Regione Toscana

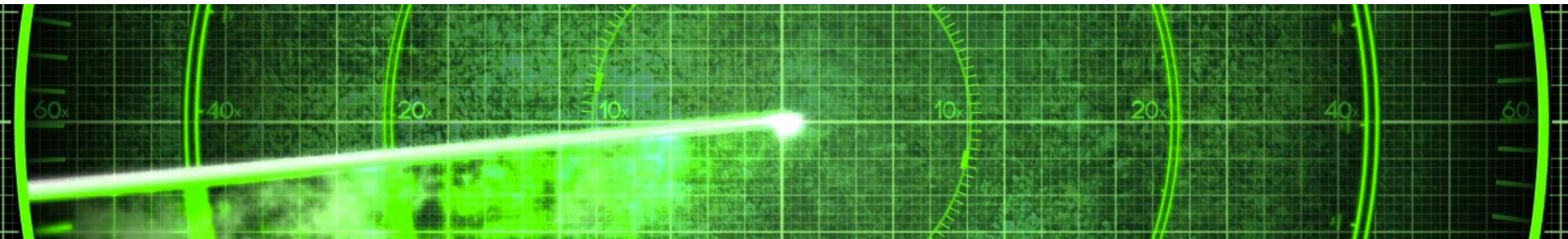
Dimissioni complesse

Delibera n.679 del 12-07-2016

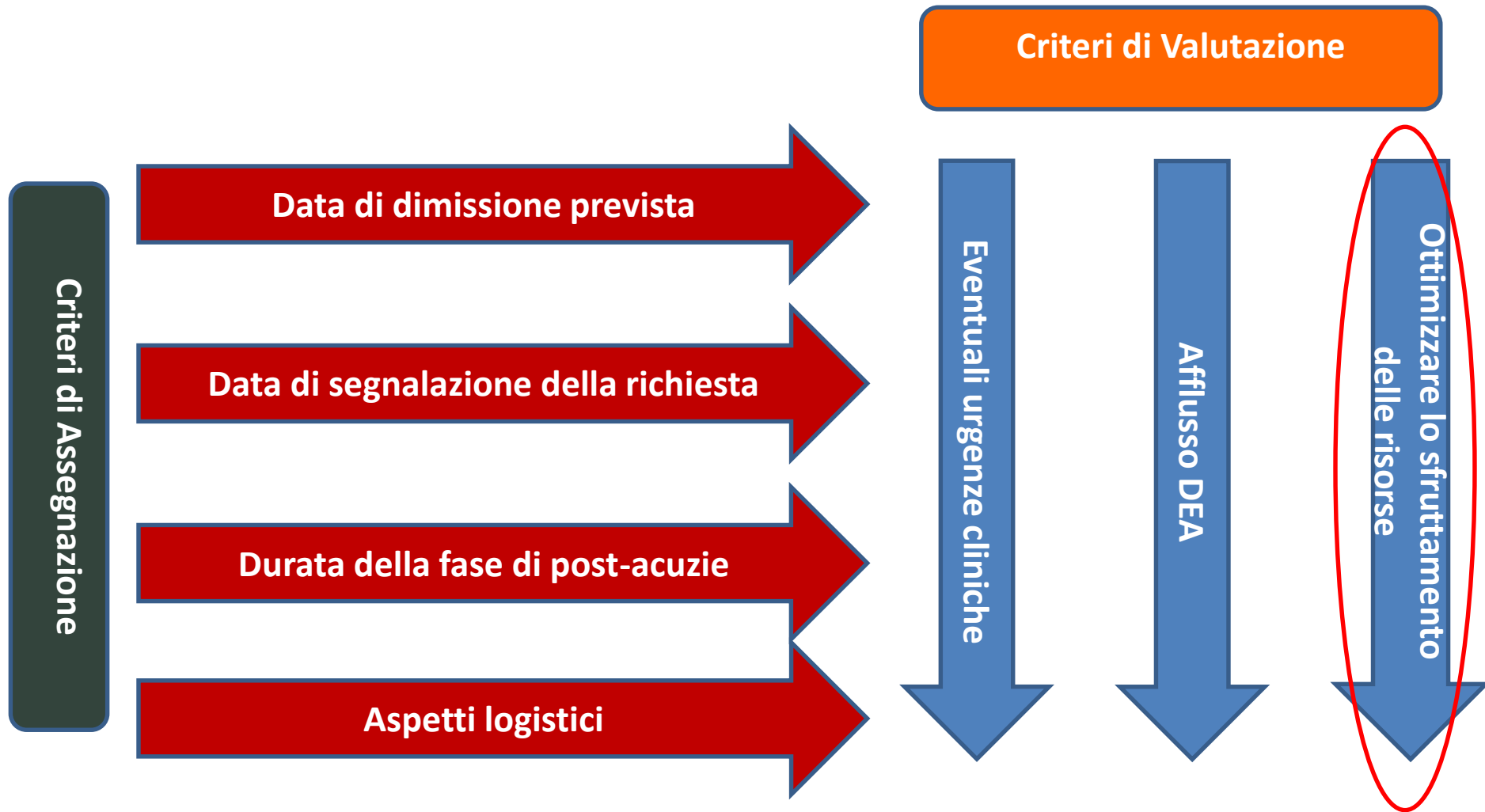
ACOT - Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.



supporto software web based

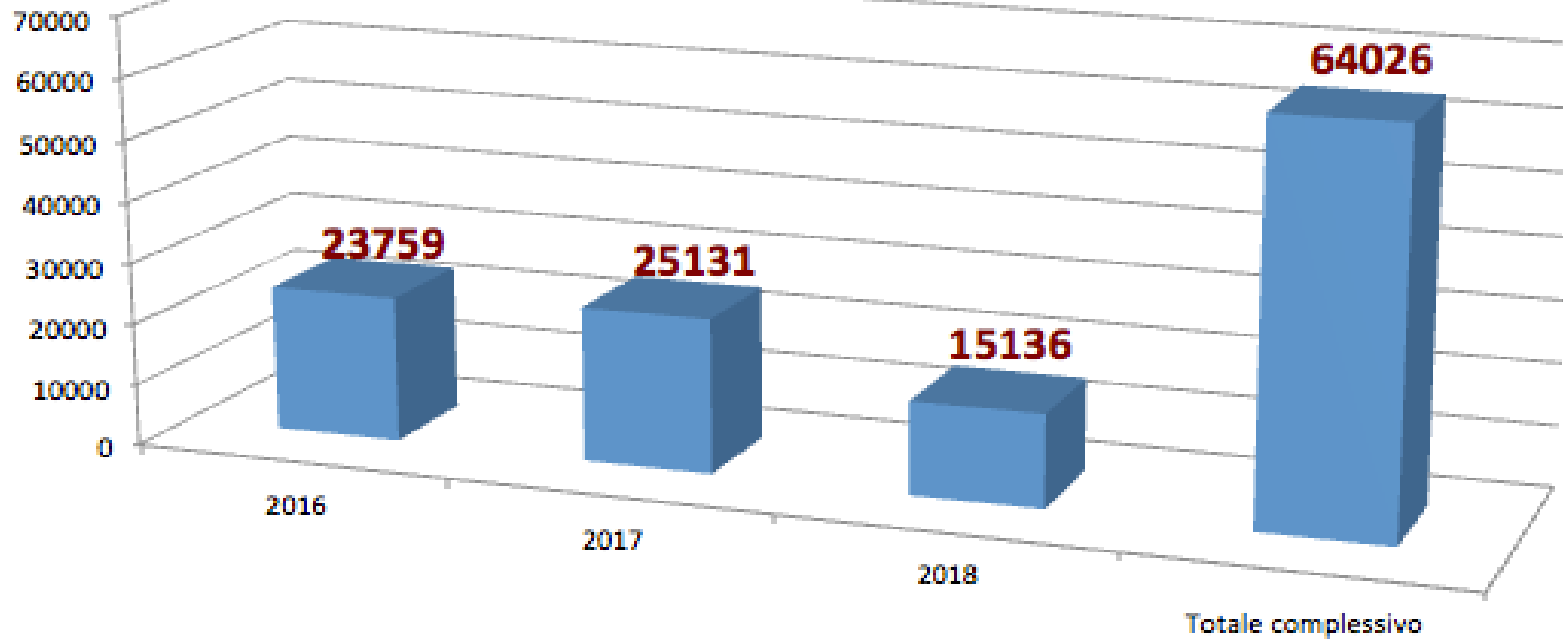


Criteri di assegnazione delle risorse per ciascun setting

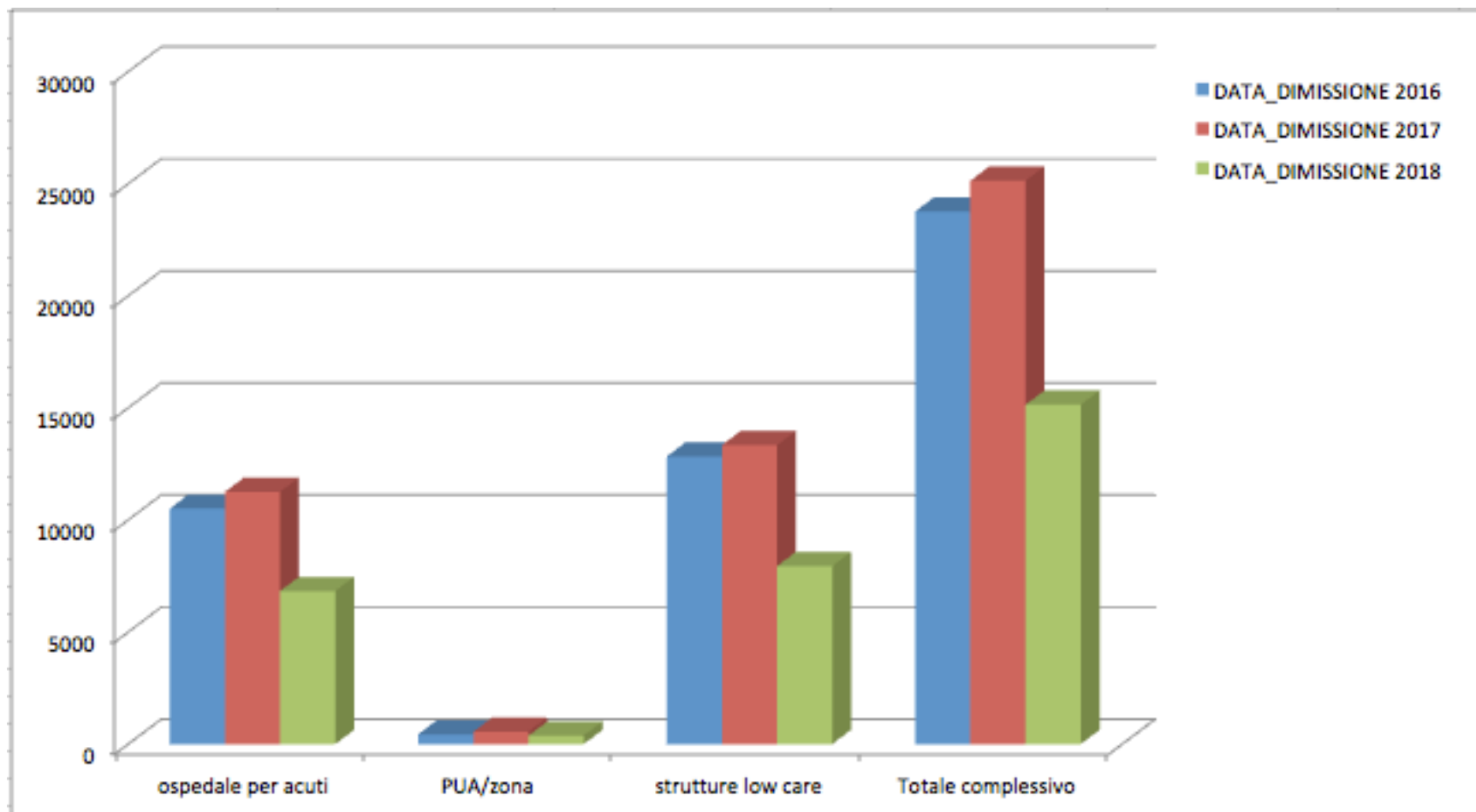


Totale CASI TRATTATI

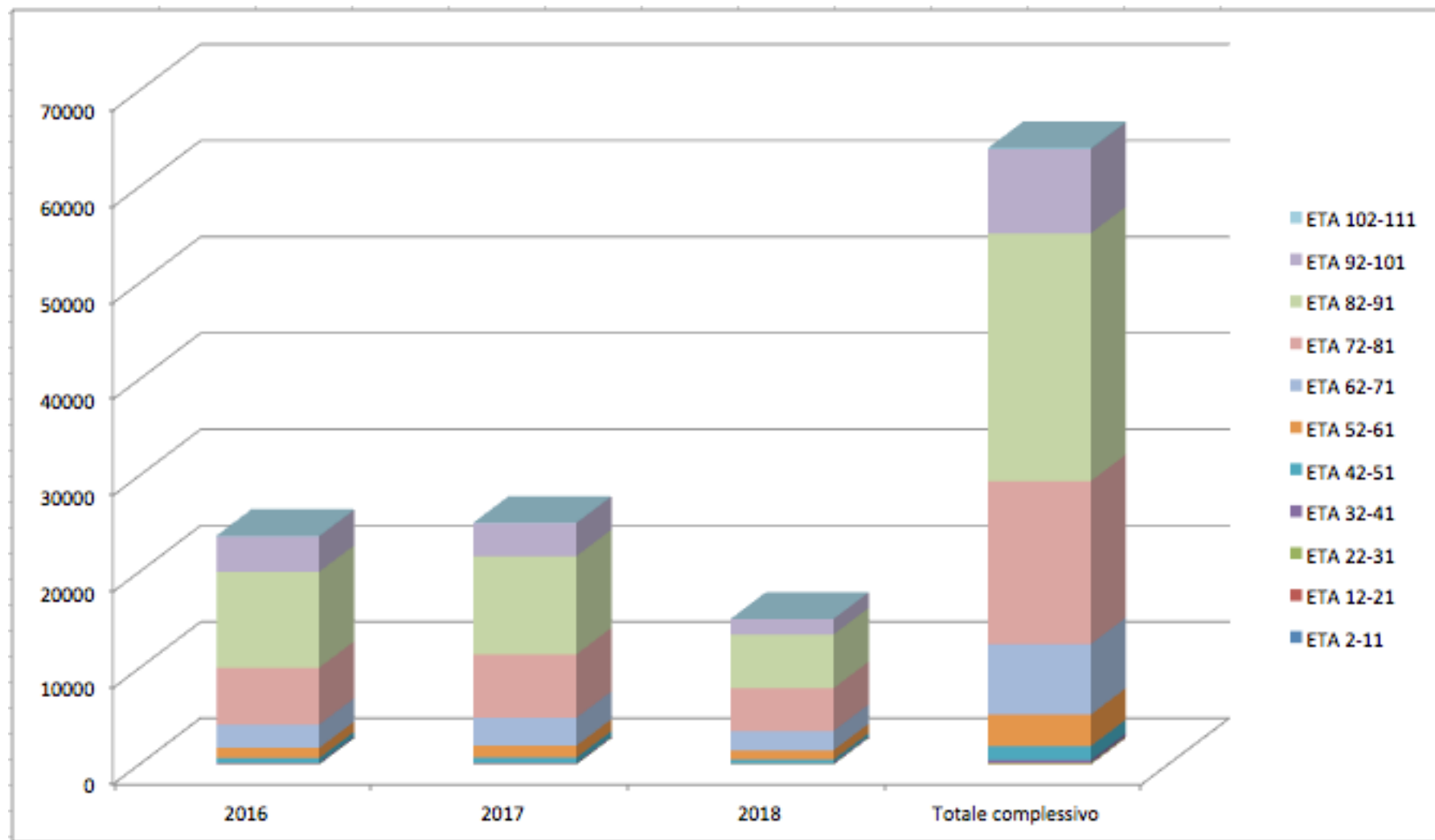
■ Conteggio di N_SCHEDA Totale



Casi per struttura dimissione



Casi per età





Careggi **Smart** Hospital

La Sanità del futuro.



#TaoAmico la pillola giusta ...
al momento giusto !



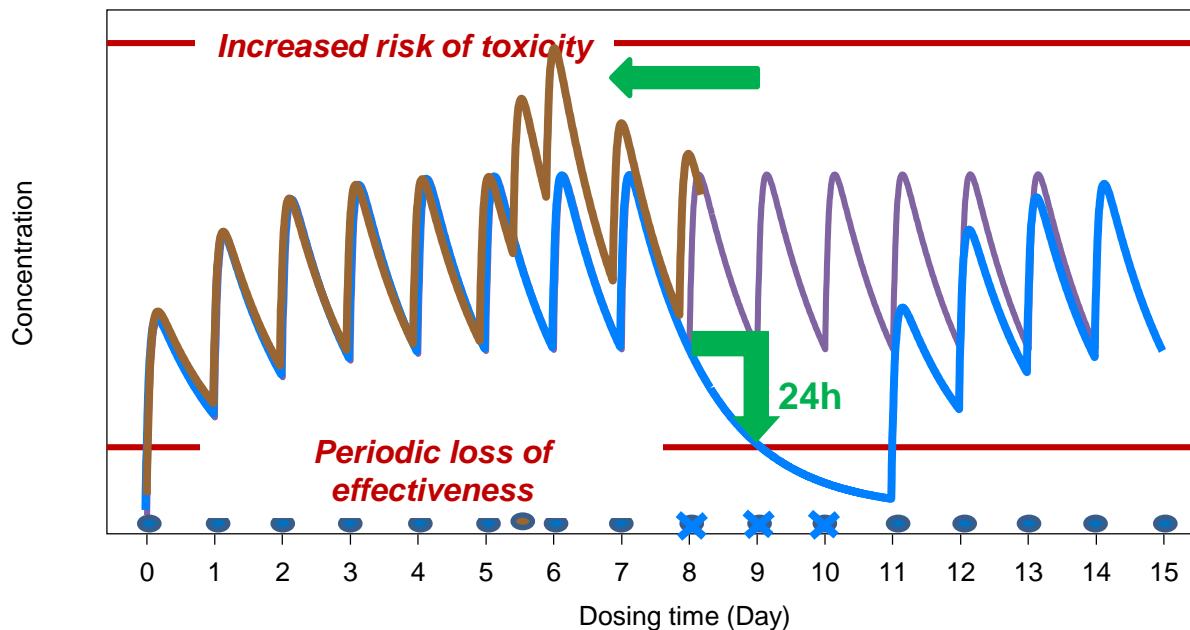
Con la diffusione degli **smartphone** ed il **mHealth**, dei semplici avvisi elettronici possono sollecitare al momento giusto i pazienti che possono essere occupati, distratti o che soffrono di una condizione di memoria compromessa.

I pazienti o gli operatori sanitari (*badanti*), dopo aver sentito tali avvisi, possono interrompere per un attimo quello che stavano facendo, prendere un momento per assumere/somministrare il farmaco e poi tornare alla loro attività quotidiana.

.

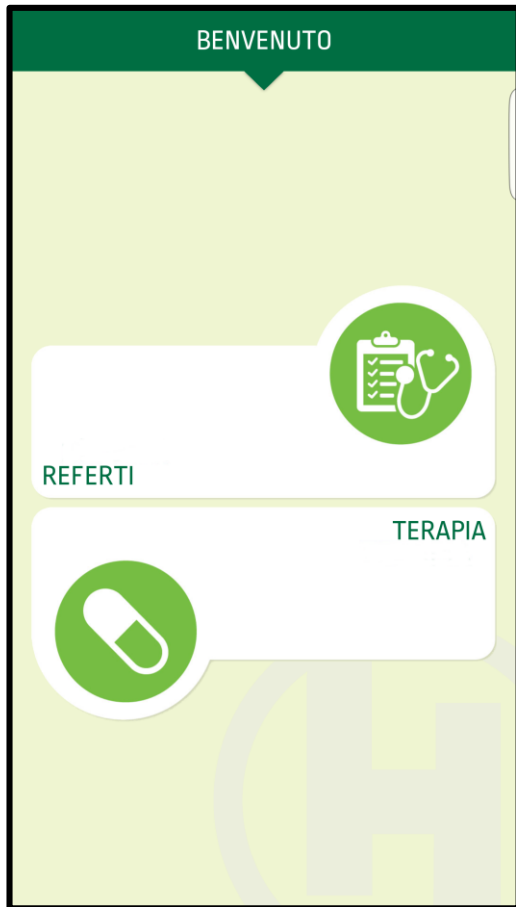
Il monitoraggio dell'aderenza deve essere eseguita di routine al fine di :

- garantire l'efficacia terapeutica,
- evitare inutili modifiche di dose e di terapia,
- contenere i costi di assistenza sanitaria,
- ed in certi casi , prevenire la resistenza alla terapia [6,7]

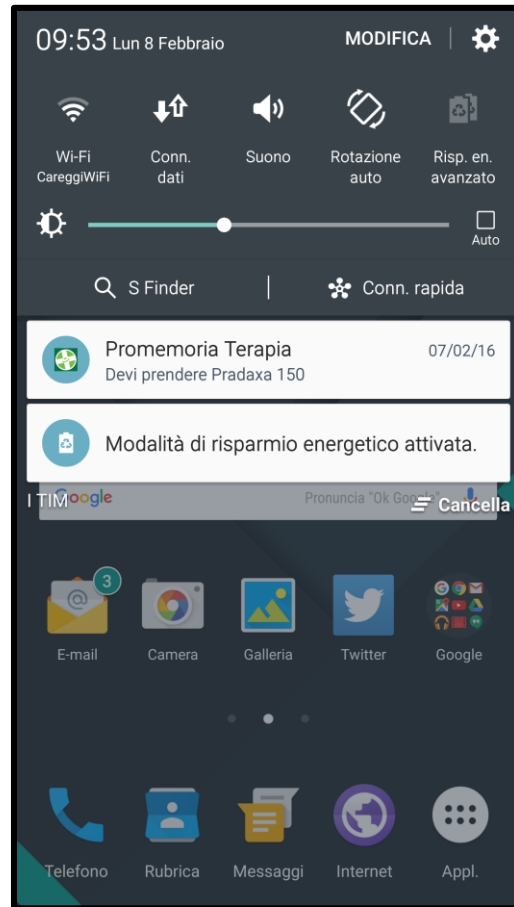




#TaoAmico la pillola giusta ... al momento giusto !



Piano terapeutico



Reminder (non bloccabile)

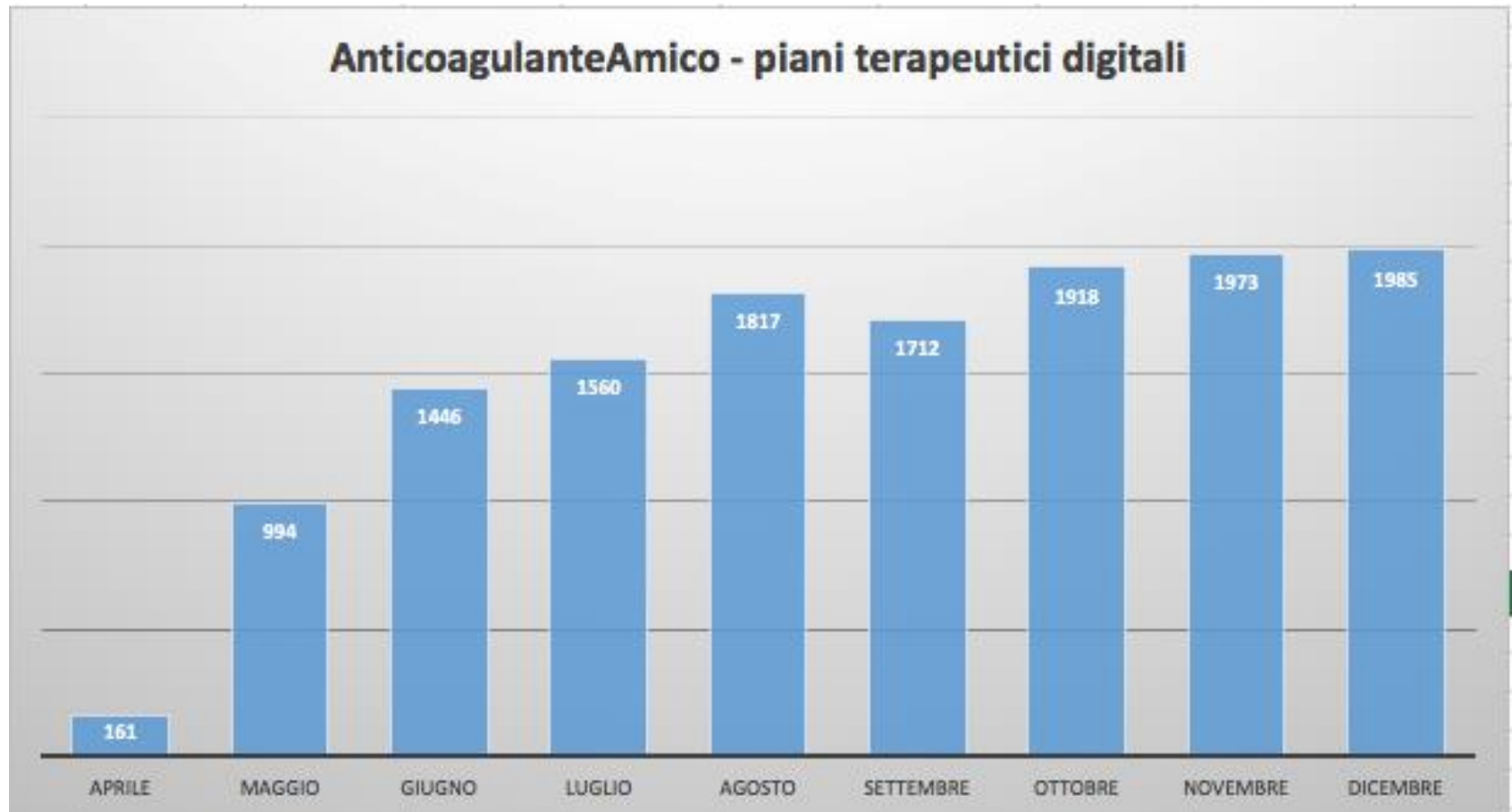


L'utilizzo della APP **Careggi Smart Hospital** rappresenta un nuovo approccio per migliorare l'aderenza e il comportamento del paziente:

- è sicuro,
- è costantemente accessibile ,
- coinvolge ed educa il paziente ,
- è integrato con il sistema informativo,
- fornisce un repository per le informazioni sul paziente e specifici farmaci.

#AnticoagulanteAmico

Dati 2016



Circa 2000 pazienti passati all'online, di cui circa **480** piani terapeutici al mese da APP (età media pazienti in cura 73,6 anni)