



**DALL'OFFERTA  
DI SERVIZI  
ALL'INIZIATIVA**

**La partecipazione attiva  
di tutti gli attori**

**Roma, 7-9 novembre 2017**

Auditorium - Centro Congressi  
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma  
Largo Francesco Vito, 1

# La sperimentazione di un *setting* di Cure Intermedie nella Città di Trento

**Simona Sforzin\***

Gelasio O\*, Guarnier G\*\*\*, Noro G\*\*,  
Pederzoli L\*\*, Spagnoli W\*\*, Sperandio C^,  
Scottini M\*, Toccoli S\*.

\*Area Cure Primarie APSS Trento;

\*\* Area Medicina Interna APSS Trento;

\*\*\* Dipartimento di Governance APSS Trento;

^ APSP Beato de Tschiderer Trento.



## il razionale

Il prolungarsi della degenza ospedaliera in un setting non confacente alle necessità della persona, prevalentemente (ma non esclusivamente) anziana e fragile (ambiente disturbante, rischio infettivo, rischio di complicanze da ipomobilità, etc) rallenta o ostacola il **recupero funzionale** che necessita di ambienti tranquilli, ritmi della giornata simili a quelli domestici, assistenza personalizzata per il raggiungimento di obiettivi specifici.

## il razionale

I reparti di medicina interna e di geriatria dell'Ospedale S. Chiara subiscono sempre più frequentemente un fenomeno di “*dimissioni ritardate*” di pazienti che, seppure clinicamente dimissibili, non possono essere subito rinviiati a domicilio per fattori dovuti alla loro **condizione individuale** (necessità di recupero, riabilitazione o riattivazione a seguito di un fatto acuto che richiede tempi più dilatati di “convalescenza”) o alla situazione del **sistema famiglia/domicilio** (addestramento del caregiver ad alcune manovre, predisposizione dell'ambiente domestico e dell'assistenza, necessità di ausili, etc).

il razionale

il paziente ha necessità di essere assistito in un contesto **adeguato al recupero psicofisico complessivo** e che consenta l'apprendimento di **abilità per la gestione della assistenza a domicilio**, nonché l'allestimento del domicilio stesso;

i reparti devono poter dimettere in **tempi appropriati** rispetto alla risoluzione del processo morboso acuto.

Da ciò deriva l'opportunità di sperimentare un **nuovo setting di cura**, che rappresenti un livello intermedio e di transizione tra il reparto per acuti e il domicilio.

In questo contesto vengono accolti pazienti con bisogno di sorveglianza infermieristica nelle 24 ore con una chiara **prospettiva di rientro a domicilio**

Con Cure Intermedie intendiamo una struttura:

- **a bassa intensità di cura**
- **gestita dai servizi territoriali**
- **a prevalente gestione infermieristica**
- **a valenza assistenziale e riabilitativa estensiva**

che abbia come obiettivi

- il **recupero** della stabilità clinico-assistenziale e della maggiore autonomia possibile
- lo sviluppo delle **capacità di autocura** del paziente e della rete familiare
- la **predisposizione** del domicilio.

il progetto

Sperimentazione per 12 mesi  
di 20 posti letto di cure intermedie  
nel contesto della **RSA Beato de Tschiderer**,  
in un nucleo indipendente e funzionalmente autonomo  
nella gestione assistenziale dei pazienti.  
(DGP 1116 del 7 luglio 2017)

# criteri di inclusione dei pazienti

pazienti clinicamente stabili ricoverati nei reparti di Medicina Interna e di Geriatria dell'Ospedale S. Chiara,

- per cui sia altamente prevedibile un rientro al domicilio, condiviso con la persona e la famiglia, alla conclusione del percorso di cura,
- e che necessitino di un contesto di bassa intensità assistenziale e sorveglianza clinica (vedi parametri) finalizzato al recupero funzionale, residenti (o domiciliari con scelta medica) a Trento e dintorni:



## criteri di inclusione dei pazienti

- **vulnerabili** alle complicanze post ricovero, in termini di perdita dell'autonomia, come conseguenza della malattia acuta o e della prolungata inattività fisica e/o allettamento;
- **stabili** dal punto di vista clinico (NEWS  $\leq 4$ ) e con percorso diagnostico/terapeutico definito;
- con possibilità di **recupero di alcune funzioni ADL** dopo adeguata riattivazione/riabilitazione, oppure per i quali sia necessario attivare un percorso di adattamento alla disabilità come nuova condizione e/o eseguire modifiche dell'ambiente domestico (protesi/ausili/barriere...);
- che necessitino di formazione, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver in previsione del **rientro a domicilio**

# Scala NEWS

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P, or U

\*The NEWS initiative flowed from the Royal College of Physicians' NEWSDIG, and was jointly developed and funded in collaboration with the Royal College of Physicians, Royal College of Nursing, National Outreach Forum and NHS Training for Innovation.



# Il NEWS

## Classi di rischio e risposta clinica

NEW scores	Clinical risk
0	Low
Aggregate 1-4	
<b>RED score*</b> (Individual parameter scoring 3)	Medium
Aggregate 5-6	
Aggregate 7 or more	High

Nel NHS anglosassone, per ogni categoria di rischio di instabilità clinica è prevista una diversa risposta clinica.

NEWS SCORE	FREQUENCY OF MONITORING	CLINICAL RESPONSE
0	Minimum 12 hourly	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continue routine NEWS monitoring with every set of observations</li> </ul>
Total: 1-4	Minimum 4-6 hourly	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inform registered nurse who must assess the patient;</li> <li>Registered nurse to decide if increased frequency of monitoring and / or escalation of clinical care is required;</li> </ul>
Total: 5 or more or 3 in one parameter	Increased frequency to a minimum of 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registered nurse to urgently inform the medical team caring for the patient;</li> <li>Urgent assessment by a clinician with core competencies to assess acutely ill patients;</li> <li>Clinical care in an environment with monitoring facilities;</li> </ul>
Total: 7 or more	Continuous monitoring of vital signs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registered nurse to <b>immediately</b> inform the medical team caring for the patient – this should be at least at Specialist Registrar level;</li> <li>Emergency assessment by a clinical team with critical care competencies, which also includes a practitioner/s with advanced airway skills;</li> <li>Consider transfer of Clinical care to a level 2 or 3 care facility, i.e. higher dependency or ITU;</li> </ul>

## criteri di esclusione dei pazienti

- Instabilità clinica (NEWS >4) e/o percorso diagnostico/terapeutico non ancora definito;
- Disturbi comportamentali di difficile gestione non controllati dalla terapia (con o senza diagnosi di demenza)
- Pazienti già in lista dinamica per ingresso in RSA;
- Impossibilità del rientro a domicilio per ragioni sociali;
- Pazienti in fase terminale eleggibili per l'inserimento in Hospice.

## I professionisti

- Infermieri ed OSS dell'APSP Beato de Tschiderer
- Medico dell'APSP Beato de Tschiderer (parametro 2 ore/die)
- Terapista occupazionale APSS dedicato
- Coordinatore infermieristico di APSS dedicato: presidia tutto il processo
  - La selezione del paziente in reparto
  - Il lavoro sugli obiettivi identificati
  - Le relazioni con la famiglia
  - Il rientro a domicilio, con il Servizio cure Domiciliari ed il MMG.

## indicatori

- Tasso di occupazione
- Numero di giorni tra la segnalazione (consulenza SIO) e l'ammissione in CI.
- Punteggio NEWS all'ingresso ed al termine della permanenza.
- Riammissione in ospedale durante la permanenza in CI.
- Riammissione in ospedale a 30 giorni
- Durata della permanenza in giorni.
- Impatto nei reparti invianti: andamento del n di pazienti in appoggio in altri reparti.
- Pazienti dimessi a domicilio sul totale dei pazienti.
- Profilo funzionale all'ingresso e all'uscita con sc. Barthel.
- Valutazione con questionario *ad hoc* dopo il rientro a domicilio.

dati di attività dal 17/07 al 03/11/2017  
(16 settimane)

<b>Maschi</b>	47	42.34%
<b>Femmine</b>	64	57.66%
<b>TOT</b>	111	

**Età media** 79.68

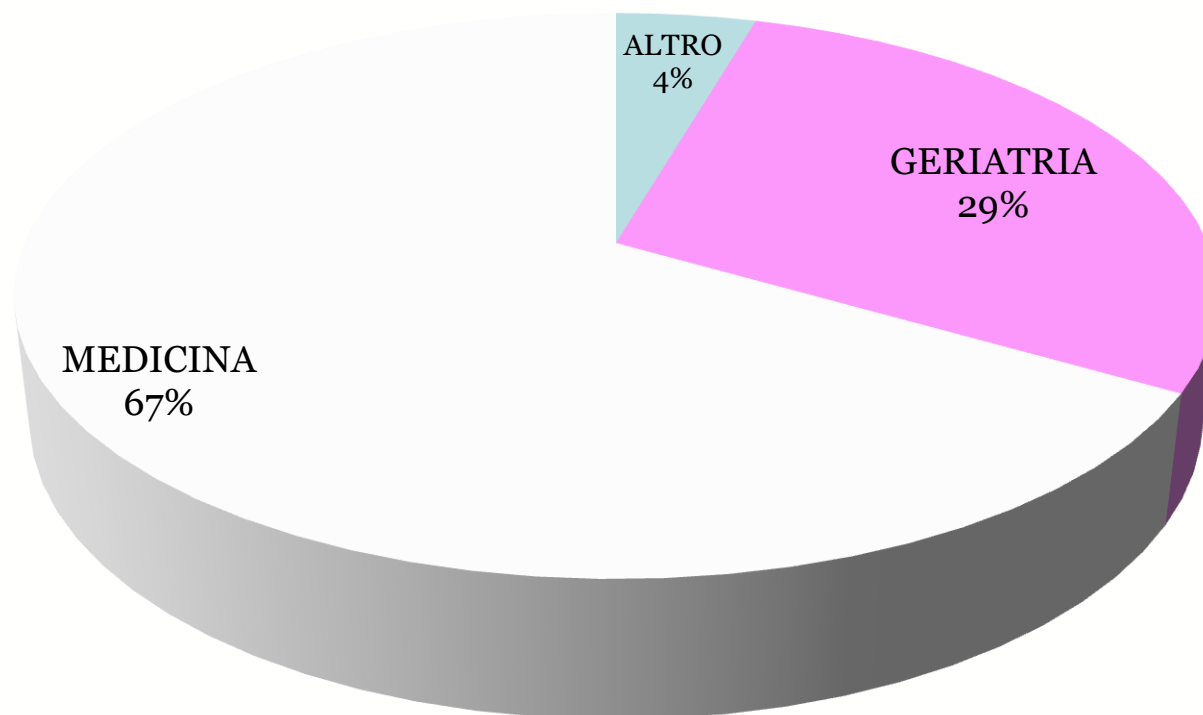
**NEWS ingresso** 2.13

**NEWS uscita** 1.35

**Barthel ingresso** 60.72

**Barthel uscita** 76.70

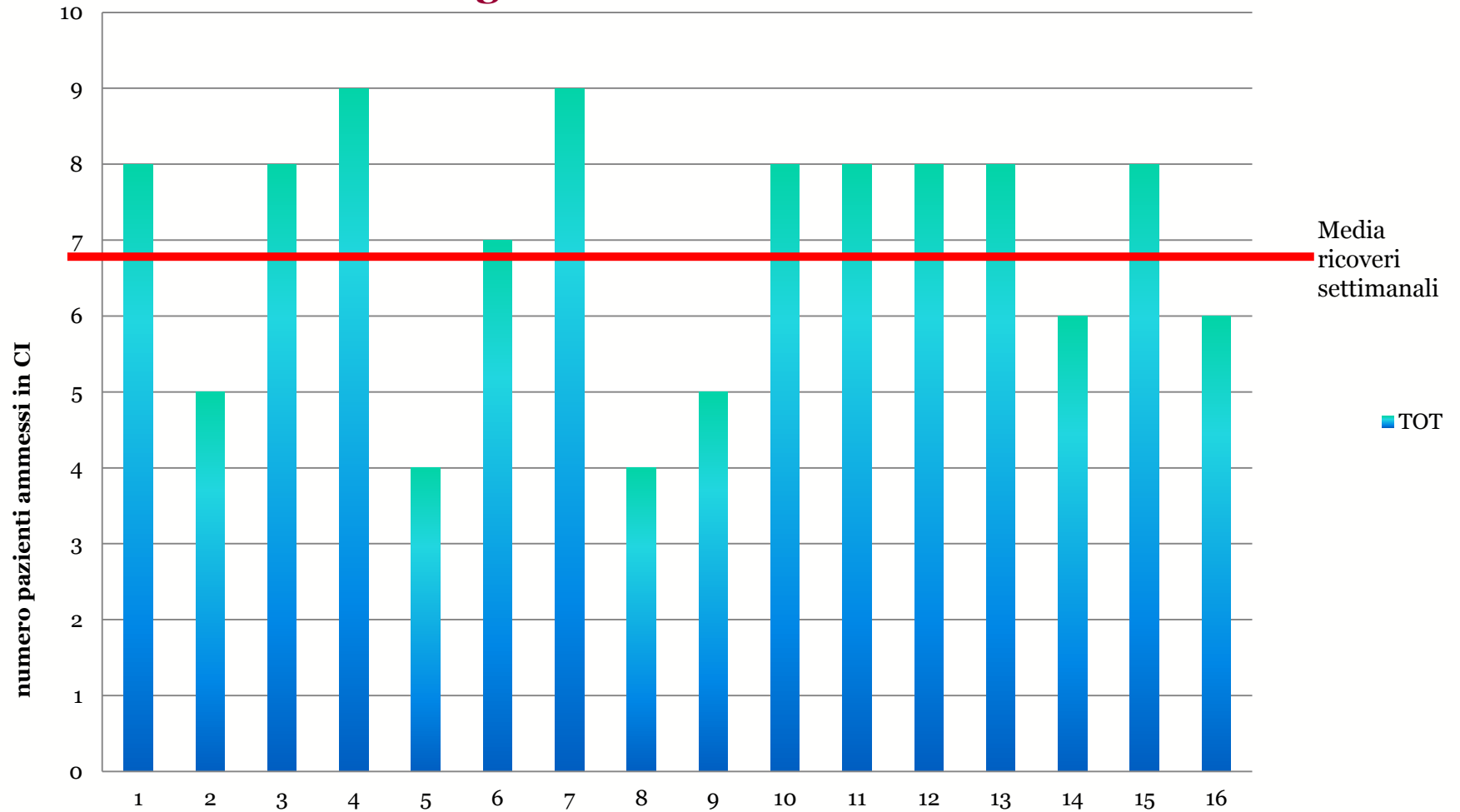
## Flusso in entrata



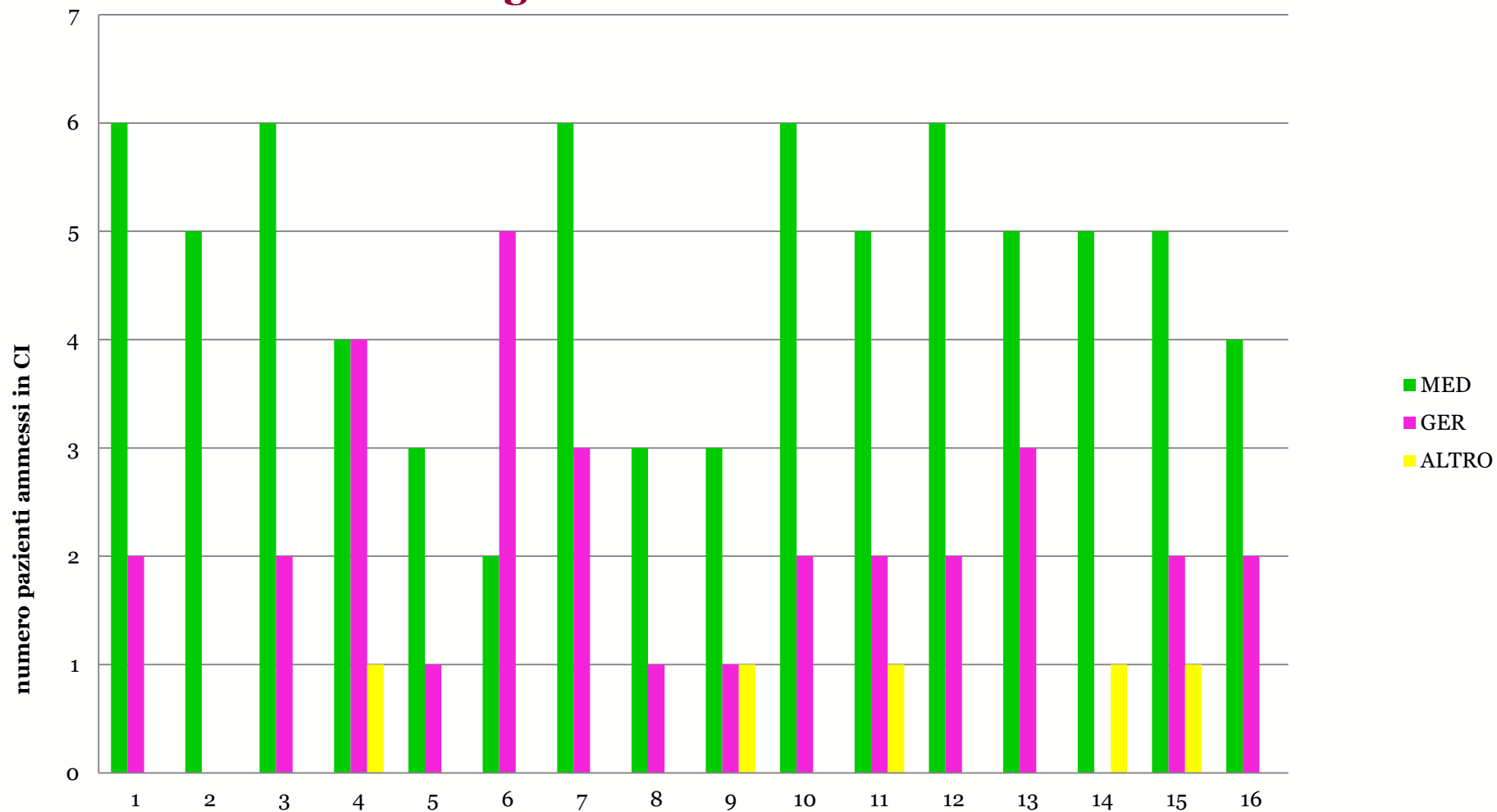
ALTRO	5
GERIATRIA	32
MEDICINA INTERNA	74
	111



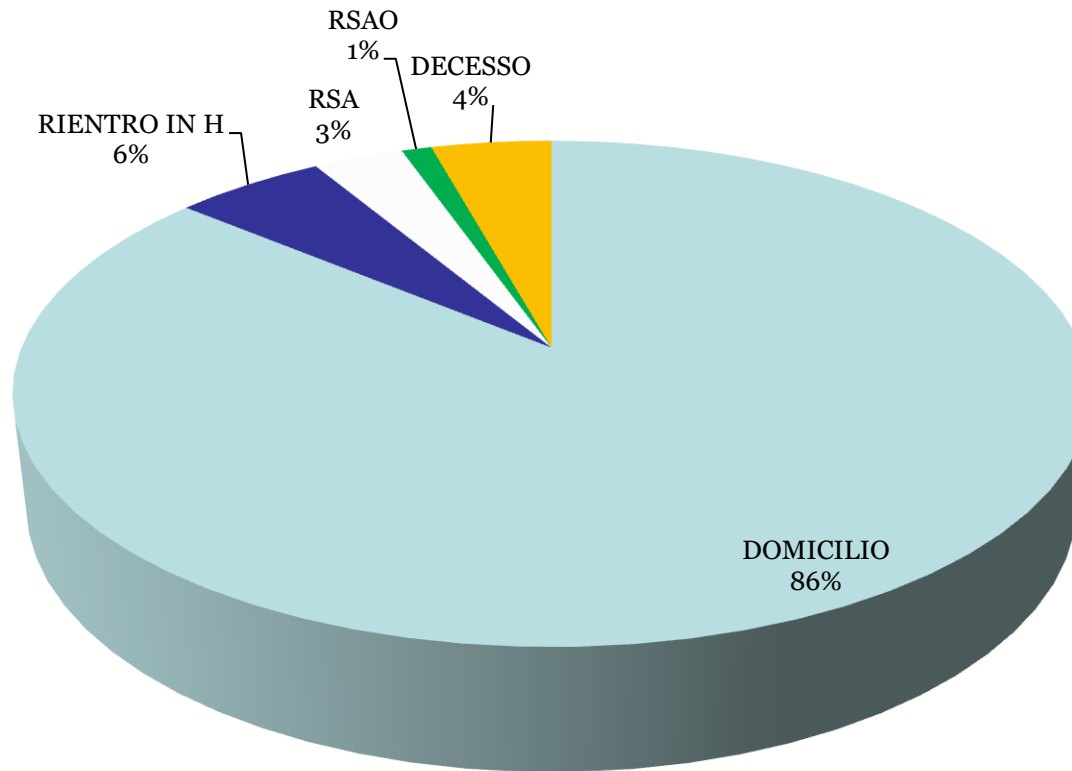
## Ingressi in Cure Intermedie



## Ingressi in Cure Intermedie

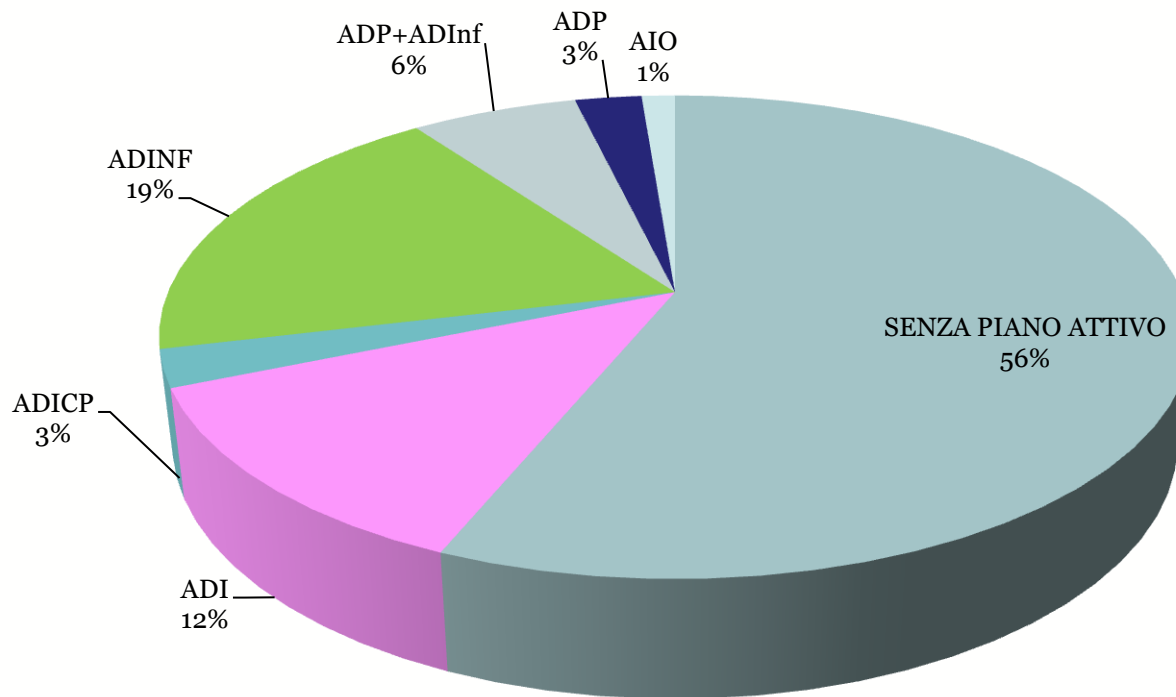


# Flusso in uscita



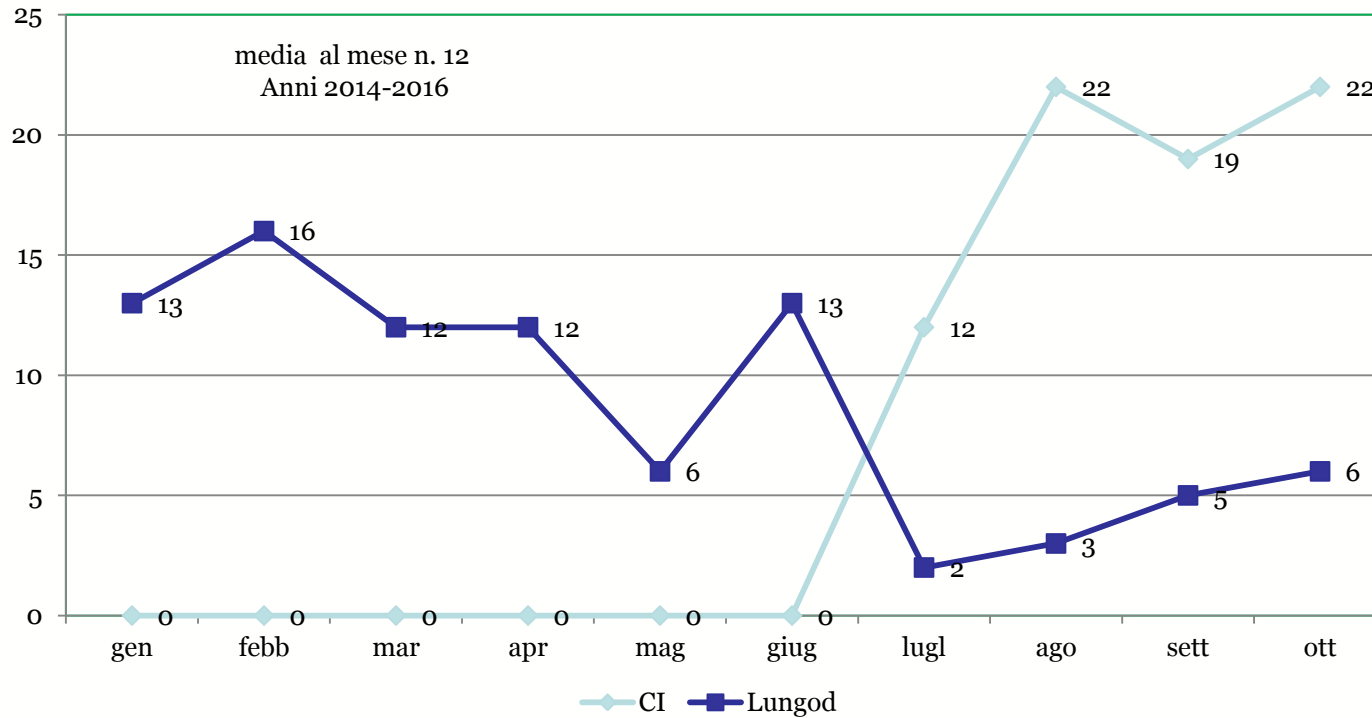
DOMICILIO	80	86,02%
RIENTRO IN H	5	5,38%
RSA	3	3,23%
RSAO	1	1,08%
DECESSO	4	4,30%

## Modalità dimissione a domicilio



SENZA PIANO ATTIVO	45	56,25%
ADI	10	12,50%
ADICP	2	2,50%
ADINF	15	18,75%
ADP+ADInf	5	6,25%
ADP	2	2,50%
AIO	1	1,25%

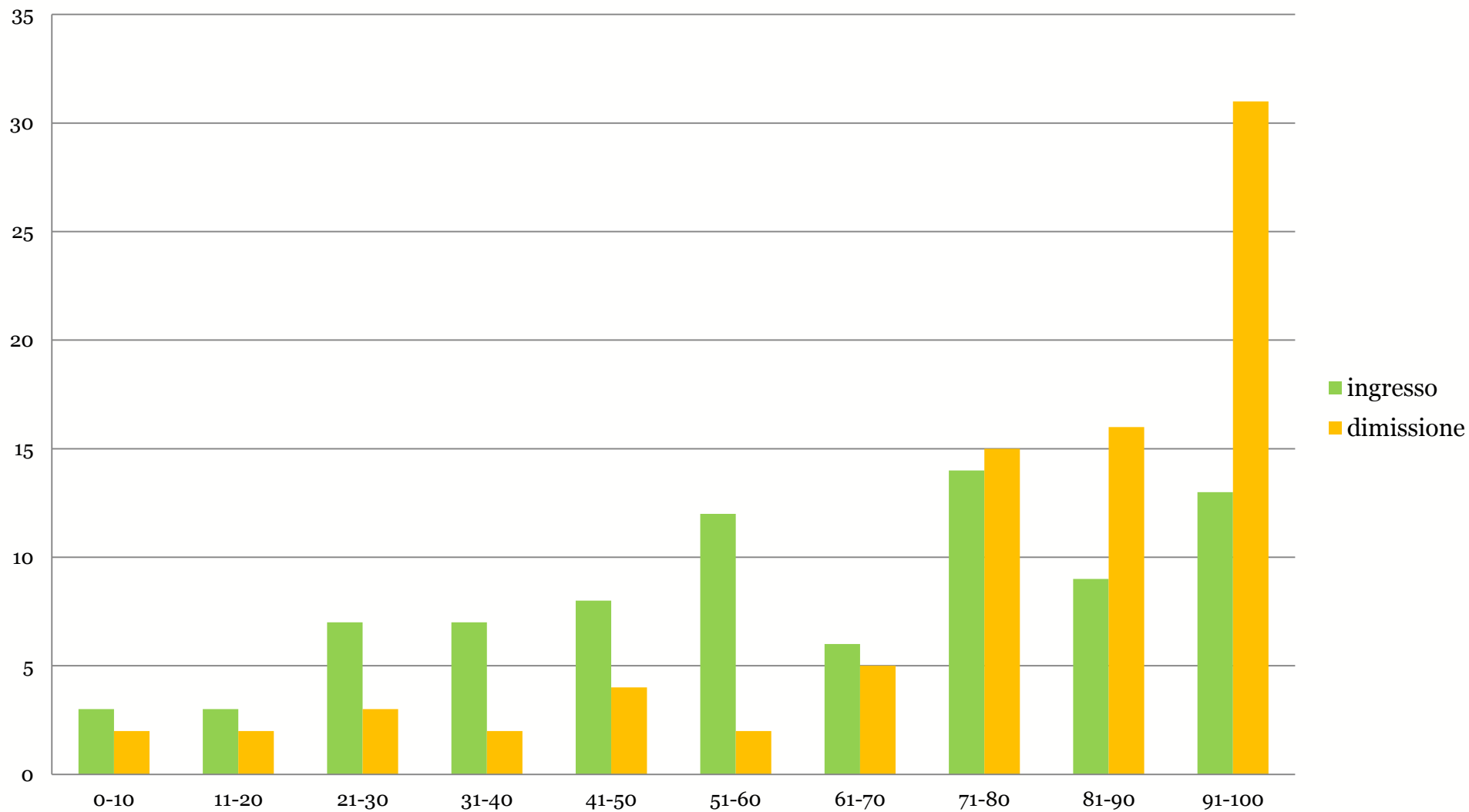
## Invio in lungodegenza anno 2017 dalla UO di Medicina Interna Ospedale di Trento. Prima e dopo attivazione CI



<b>Primi indicatori</b>	
<b>Giorni fra richiesta consulenza e ingresso in CI</b>	4.44
<b>Degenza Media in giorni</b>	17.01
<b>UVM</b>	15 di cui 9 in CI e 6 a Domicilio
<b>Accessi in PS</b>	8
<b>Chiamate alla guardia medica</b>	20 (17 pazienti)
<b>GIORNATE DI DEGENZA</b>	1854
<b>TASSO DI OCCUPAZIONE</b>	77,9%
<b>Dimissioni a domicilio</b>	86%
<b>Ingressi in RSA</b>	4%

<b>Primi indicatori</b>	
<b>Prelievi</b>	174 (di cui 14 urgenti per instabilità clinica)
<b>Pazienti che hanno ricevuto prelievi venosi</b>	75 (67.57%)
<b>Prelievi/die</b>	2.3
<b>Pazienti con terapia e/v</b>	23 (20.72%)
<b>Pazienti con Medicazioni</b>	28 (25.23%)
<b>Pazienti in ossigenoterapia</b>	14 (12.61%)

## Barthel index all'ingresso ed alla dimissione





<b>Primi indicatori</b>	
<b>Pazienti seguiti da terapeuta occupazionale</b>	36
Interventi principali	Igiene personale Mobilità/trasferimenti Abbigliamento Ricerca, individuazione, modifica ausili Consulenza a caregiver Consulenza a personale di reparto

## Discussione e conclusioni

- La selezione dei pazienti secondo i criteri identificati appare appropriata.
- Si è osservata una diminuzione degli invii in lungodegenza (privato convenzionato).
- Alcuni aspetti organizzativi, relativamente alla gestione mista *pubblico-privato*, vanno riveduti.
- Si possono prevedere accessi da domicilio.
- Vi sono elementi di contrattazione con la MG per una gestione clinica da parte delle Cure Primarie.



**Grazie per l'attenzione**