

Medicina della complessità: metodi e strumenti

Graziano Onder
Cattedra Medicina e Cure
Palliative, Università
Cattolica Sacro Cuore, Roma



Partenza della coppia reale per la caccia e Sogno e ricerca del luogo per edificare la chiesa. 1444, Cappella di Teodolinda, Duomo, Monza
Credit: I testi e immagini - Patrimonio Artistico Italiano, Lombardia Gotica, Jaca Book 2002 - Editing per il web Chiara Madia

MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ E BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

16 maggio 2023

Aula Magna, Università degli Studi Milano-Bicocca

Edificio Asclepio (ex U8), Monza

Glossario

Disabilità – perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana

Fragilità – vulnerabilità che espone a rischio di eventi avversi, quali disabilità, ospedalizzazione e morte.

Complessità – presenza di numerose problematiche cliniche, sociali, funzionali, cognitive, che richiedono un processo assistenziale personalizzato

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

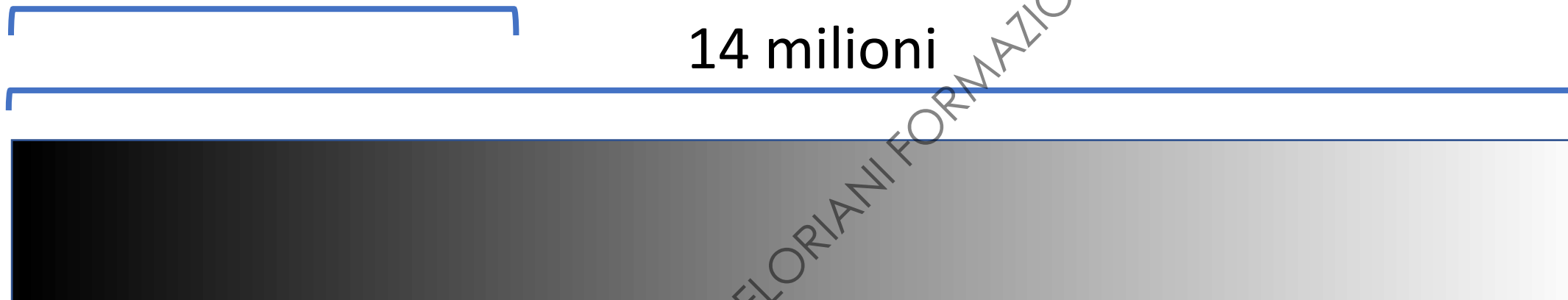
14 milioni

Fragilità max

No fragilità

Fragilità

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE





LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA | ANNO 2019

Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza



Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento.

Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute.

Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute.

Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (8,5% nell'Ue22).

32,3%

Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbilità

3,8mln

Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica

1mln

Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

No fragilità

Fragilità

- RSA
- ADI
- COT
- Cure palliative

- PUA
- Case della comunità
- VMD

- Ospedale
- Ospedale di comunità
- Infermiere di famiglia

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

No fragilità

Fragilità (?)

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

Sfide

1. Misurare la fragilità

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

Stratificazione - DM77

I livello - Persona in salute

II livello - Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo

III livello - Persona con complessità clinico assistenziale media

IV livello - Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale

V livello - Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale

VI livello - Persona in fase terminale.

Due fragilità

Fragilità fisica

- Sindrome legata al muscolo e alla funzione fisica
- In studio trattamenti

Fragilità=complessità

- Somma di deficit
- Utilizzata per identificare i pazienti a maggior rischio che necessitano di un approccio specifico

Due fragilità

Fragilità fisica

- Sindrome legata al muscolo e alla funzione fisica
- In studio trattamenti

Fragilità=complessità

- Somma di deficit
- Utilizzata per identificare i pazienti a maggior rischio che necessitano di un approccio specifico

CSHA - Frailty Index

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| • Changes in everyday activities | • Mood problems | • Seizures, partial complex |
| • Head and neck problems | • Feeling sad, blue, depressed | • Seizures, generalized |
| • Poor muscle tone in neck | • History of depressed mood | • Syncope or blackouts |
| • Bradykinesia, facial | • Tiredness all the time | • Headache |
| • Problems getting dressed | • Depression (clinical impression) | • Cerebrovascular problems |
| • Problems with bathing | • Sleep changes | • History of stroke |
| • Problems carrying out personal grooming | • Restlessness | • History of diabetes mellitus |
| • Urinary incontinence | • Memory changes | • Arterial hypertension |

Somma di deficit, sintomi e/o malattie

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| • Gastrointestinal problems | • Onset of cognitive symptoms | • Arrhythmia |
| • Problems cooking | • Clouding or delirium | • Congestive heart failure |
| • Sucking problems | • Paranoid features | • Lung problems |
| • Problems going out alone | • History relevant to cognitive impairment or loss | • Respiratory problems |
| • Impaired mobility | • Family history relevant to cognitive impairment or loss | • History of thyroid disease |
| • Musculoskeletal problems | • Impaired vibration | • Thyroid problems |
| • Bradykinesia of the limbs | • Tremor at rest | • Skin problems |
| • Poor muscle tone in limbs | • Postural tremor | • Malignant disease |
| • Poor limb coordination | • Intention tremor | • Breast problems |
| • Poor coordination, trunk | • History of Parkinson's disease | • Abdominal problems |
| • Poor standing posture | • Family history of degenerative disease | • Presence of snout reflex |
| • Irregular gait pattern | | • Presence of the palmomental reflex |
| • Falls | | • Other medical history |

Indice di Fragilità come strumento di stratificazione

L'Indice di Fragilità rappresenta uno strumento:

- **di stratificazione** della popolazione in base al numero di deficit presentati e di conseguenza al rischio di presentare eventi avversi;
- **graduabile**, ove a diversi punteggi dell'IF corrispondono diversi livelli di rischio e anche di presa in carico;
- **flessibile**, poiché, grazie all'utilizzo di un approccio standard, può essere applicata in contesti differenti e sulla base di fonti dati differenti.

Strumenti di stratificazione

I sistemi di stratificazione devono integrare informazioni su:

- **condizioni croniche**, utilizzando segnali e prestazioni capaci di “tracciare” la patologia. Questo processo di integrazione consente di stimare sia la qualità del bisogno assistenziale che la sua intensità
- **fattori di vulnerabilità socio-economica**, declinando la popolazione rispetto a determinanti socio-economici che possono condizionare lo stato di salute e i bisogni di assistenza anche attraverso l'utilizzo dei flussi dati di istituzioni non sanitarie



Health Search - Frailty Index (HS-FI)

Numero di deficit presenti
Numero di deficit potenziali < 1

$$\frac{10}{30} = 0.33$$

- DEFICIT**
- Malattie
 - Sindromi
 - Segni
 - Sintomi
 - Disabilità
 - Caratteristiche socioec.



DEFICIT	Prevalenza
Demenza / declino cognitivo	7.33%
Disabilità severa	5.29%
Malattia cerebrovascolare	7.85%
Cancro	11.99%
BPCO	13.59%
Cardiopatia ischemica	13.58%
Scompenso cardiaco	3.04%
Insufficienza renale	6.30%
Fibrillazione atriale	5.29%
Parkinson / parkinsonismi	2.84%
Frattura di femore	1.47%
Anemia	15.68%
Difficoltà economiche	53.07%
Nuova prescrizione ossigeno	0.30%
Ricovero nei 6 mesi precedenti	3.77%
Ulcere cutanee	1.12%
Bradicardia e disordini di conduzione	3.63%
Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc)	0.99%
Stipsi	1.71%
Eparina a basso peso molecolare	3.52%
Vasculopatia periferica	1.94%
Problemi nutrizionali	0.28%
Diabete mellito	18.20%
Schizofrenia	0.66%
Edemi	0.21%



Karolinska
Institutet



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

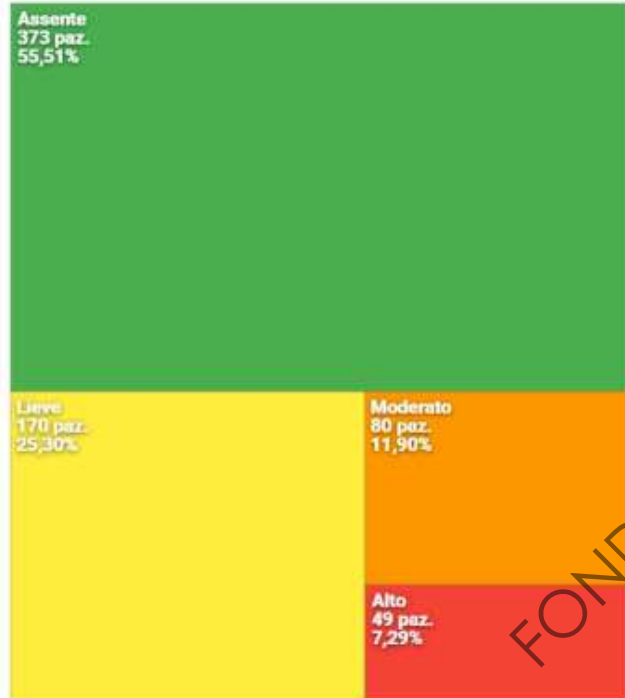
POPOLAZIONE DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Popolazione totale : 1596 assistiti
Ultrasessantenni: 672 Fragili: 299

Score di Fragilità (Frailty-HS Score)

*Questo score stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

Pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*



Distribuzione per età dei pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*



Visualizza tutti i pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*

Informazioni Utili



Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Lo score di Fragilità (Frailty-HS) stadia il paziente ultra sessantenne in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni di follow-up.

Selezione dei potenziali deficit

Lo score viene ottenuto mediante la combinazione dei **25 deficit** di seguito elencati.

Caratteristiche della popolazione alla data di calcolo dello score (senza limitazioni temporali):

1. Alto livello di disabilità
2. Deficit cognitivo
3. Stroke
4. BPCO
5. Scemenso Cardiaco
6. Malattie ischemiche
7. Ulcerazioni croniche della pelle
8. Fibrillazione Atriale
9. Morbo di Parkinson
10. Neoplasie
11. IRC
12. Anemia
13. Esenzione per reddito
14. Frattura Femore
15. Malattia bradicardica
16. Altre malattie neurologiche
17. Costipazione
18. Malattie vascolari periferiche
19. Malattie nutrizionali
20. Diabete
21. Schizofrenia

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni



I livello - Persona in salute

II livello - Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo

III livello - Persona con complessità clinico assistenziale media

IV livello - Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale

V livello - Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale

VI livello - Persona in fase terminale.

Sfide

1. Misurare la fragilità

Strumenti

Algoritmi stratificazione/fragilità

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

Sfide

1. Misurare la fragilità
2. Valutazione bisogni dell'anziano complesso

Strumenti

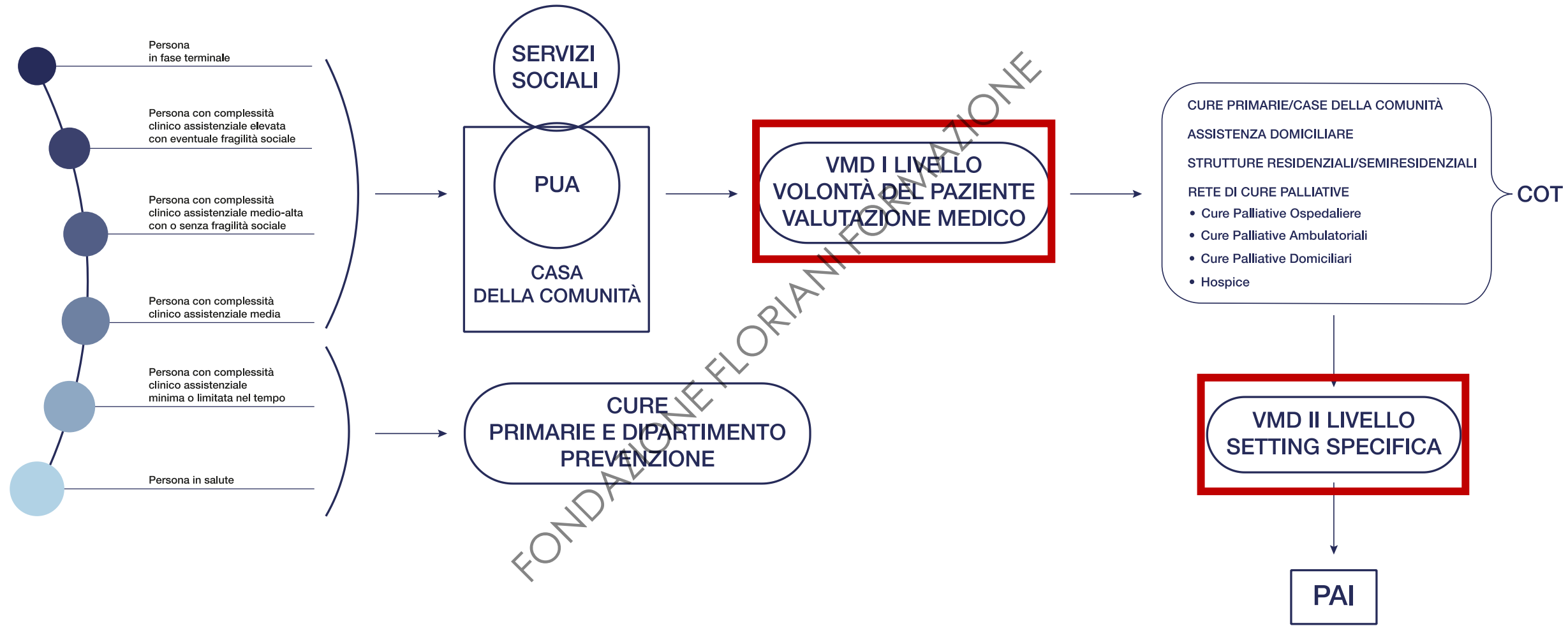
Algoritmi stratificazione/fragilità

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

Valutazione Multidimensionale

- la VMD rappresenta lo strumento finalizzato all'identificazione dei **bisogni clinici, funzionali e sociali** (Art. 21 LEA) ed è propedeutica allo sviluppo del **PAI**;
- la presa in carico nelle **Cure Domiciliari, nelle Cure Palliative Domiciliari, nell'Assistenza Residenziale** alle persone non autosufficienti, richiede lo svolgimento di VMD;
- la VMD deve essere svolta anche all'interno delle **CdC nei PUA**;
- gli strumenti di VMD sono identificati dalle Regioni e dalle Province Autonome, ma devono essere **uniformi**, garantendo cioè uniformità di misurazione e interpretazione delle informazioni raccolte, indipendentemente dal setting

STRATIFICAZIONE



Sfide

1. Misurare la fragilità
2. Valutazione bisogni
3. Presa in carico disabilità

Strumenti

Algoritmi stratificazione/fragilità

Strumenti di VMD

FONDAZIONE FLORIANI

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

Fragilità

No fragilità

ADI 1.4 milioni

RSA 0.3 milioni

CP 0.15 milioni

FONDAZIONE FLORENTIANI FORMAZIONE

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni



CP/RSA/ADI

Casa della comunità/cure primarie

Circa 2 milioni disabili

Infermiere di Comunità/famiglia DL rilancio

- 9600 unità - risponde ai **bisogni di salute della popolazione** di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento
- Garantisce una presenza continuativa e proattiva, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare **percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale** in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio.
- E' **inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali** e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (Case della Salute, domicilio, etc.).

Infermiere di Comunità/famiglia DL rilancio

- Opera in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed **integrazione multiprofessionale**.
- Dato che la **fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno**, è opportuno concentrare il focus dell'infermiere di famiglia su tale target

Sfide

1. Misurare la fragilità
2. Valutazione bisogni
3. Presa in carico disabilità

Strumenti

Algoritmi stratificazione/fragilità

Strumenti di VMD

Infermiere di comunità

FONDAZIONE FLORIANI

Sfide

1. Misurare la fragilità
2. Valutazione bisogni
3. Presa in carico disabilità
4. Presa in carico
complessità elevata

Strumenti

Algoritmi stratificazione/fragilità

Strumenti di VMD

Infermiere di comunità

FONDAZIONE FLORIANI
INFORMAZIONE

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

Fragilità

No fragilità

FONDAZIONE FLORENTI FORMAZIONE

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

Fragilità

No fragilità

FONDAZIONE FLORENTI FORMAZIONE

Popolazione anziana 65 anni o +

3.8 milioni (28%) disabili

14 milioni

Fragilità max

Fragilità

No fragilità

Cure Palliative
RSA

FONDAZIONE FLORENTI FORMAZIONE

Cure palliative

Hospice (residenziali)

3.382 PL

50.229 Assistiti/anno

Domicilio

98.000 assistiti/anno circa

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

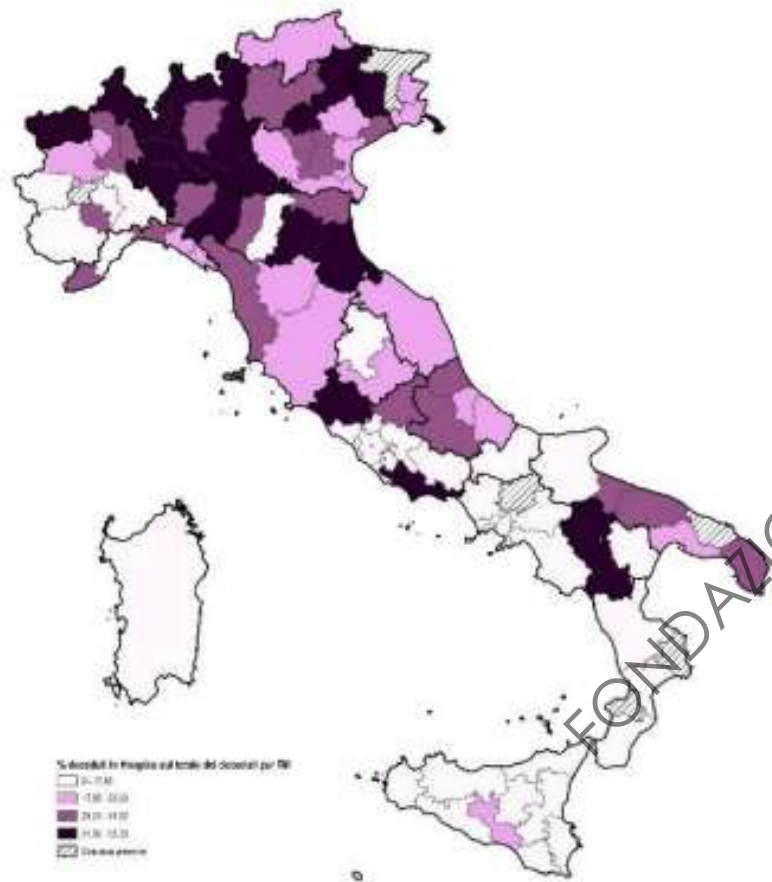
Rete cure palliative

- **all'art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale** che per la prima volta include, nel nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4, le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo, ivi compresa la visita per la rivalutazione del PAI (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R).
- **all'art. 21 Percorsi assistenziali integrati** prevede l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. Le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole.
- **art. 23 Cure palliative domiciliari**, che sono erogate dalle Unità di Cure Palliative- UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.
- **art. 31 Centri residenziali di Cure palliative - Hospice**; la norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti**. Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

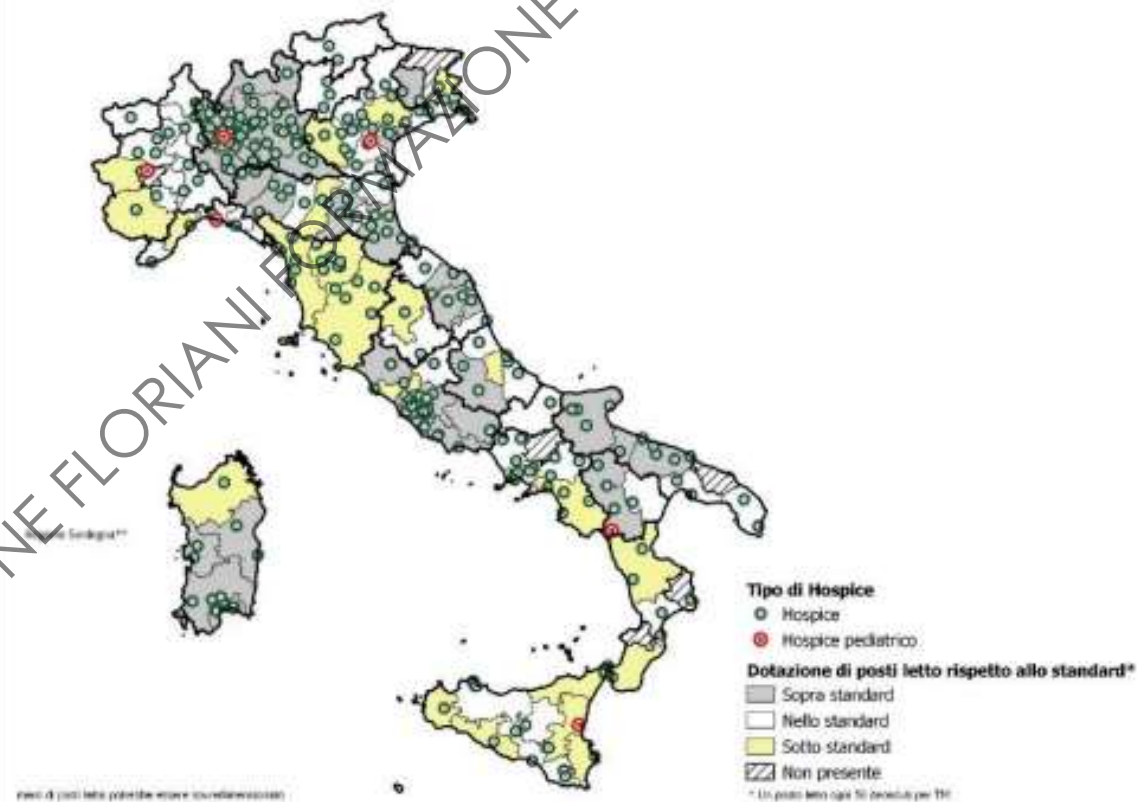
Scuola di specializzazione dal 2022/23

- **Obiettivi formativi di base** - Lo specializzando deve approfondire e aggiornare le proprie conoscenze sulla **evoluzione delle più diffuse condizioni di cronicità complesse e in fase avanzata**, sulle correlazioni fisiopatologiche tra l'alterazione funzionale dei vari organi ed apparati e le sindromi cliniche e i sintomi correlati oltre che sulla conoscenza di linee guida per il **trattamento farmacologico palliativo**. In particolare egli deve apprendere le metodiche di valutazione di **qualità della vita**, la conoscenza della **fisiopatologia del dolore**, la individuazione e la **interpretazione dei bisogni di salute degli individui e delle loro famiglie**, e della appropriatezza e dell'efficacia degli interventi assistenziali, l'acquisizione delle capacità di ascolto, di relazione e di **comunicazione interpersonale**; ...

A. Decessi in hospice sul totale dei
deceduti per TM (valori %)



B. Dotazione di posti letto e tipologia di Hospice



- **Il codice di disciplina per le Cure Palliative (cod. 99): stato dell'arte**

Con il DM 21 novembre 2018, pubblicato in gazzetta ufficiale il 14/02/2019, è stato aggiornato l'elenco dei codici delle discipline ospedaliere con l'introduzione del codice 99 "Cure palliative" e il codice 96 "Terapia del dolore" da utilizzare in conformità con le indicazioni dell'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 relativo ai criteri di accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.¹⁰. Nell'allegato al Decreto ministeriale sono specificati i criteri di assegnazione dei codici: nel caso dei codici 96 e 99 la loro attribuzione nella scheda di dimissione ospedaliera è in relazione al ricovero in regime diurno.

La tabella 1 illustra la presenza del codice '99' nelle SDO 2019. In sette ospedali, per un totale di 666 pazienti, è stata applicata la codifica "Cure palliative". Nel 60% dei casi le cure palliative sono state erogate in regime di ricovero diurno, mentre in quattro pazienti su dieci l'assistenza è avvenuta in regime ordinario e, dunque, non in conformità a quanto indicato dal DM 21/11/2018.

Tabella 1 – Codice disciplina ospedaliera '99' per regime di ricovero

COD_STRUTTURA	DES_STRUTTURA	Regime di ricovero		Totale	
		Diurno	Ordinario	N	%
05091202	OSPEDALE POLICLINICO	212	0	212	31,83
19030100	P.O. S. GIOVANNI DI DIO	0	168	168	25,23
19034800	P.O. A. Rizza	0	94	94	14,11
19030900	P.O. VITTORIO EMANUELE (ex AO)	77	0	77	11,56
12090100	AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	61	5	66	9,91
19030800	P.O.MADDALENA RAIMONDI	47	0	47	7,06
12090801	IFO - ISTITUTO REGINA ELENA	2	0	2	0,30
Totale		399 (59,99%)	267 (40,01%)	666	100,00

RSA

Strutture	3.664
Posti letto	211.673
Assistiti 2021	284.141

Nei LEA (Art. 30 b)

Area di bisogno non comprimibile

Chi sono i residenti in RSA?

Onder G et al. BMC Health Serv Res 2012

	Studio SHELTER n= 4156 (%)
Età, anni (media $\pm$ SD)	83.4 $\pm$ 9.4
Donne	3035 (73)
Disabilità nelle ADL	
Richiede assistenza	1723 (41.5)
Completamente dipendente	1653 (39.8)
Stato cognitivo	
Deficit lieve/moderato	1563 (37.6)
Deficit severo	1265 (30.4)
Sintomi comportamentali	1142 (27.5)
Cadute	774 (18.6)
Problemi sociali	1006 (33.0)
Dolore	1496 (36.0)
Mortalità ad 1 anno	20%

RSA

Strutture	3.664
Posti letto	211.673
Assistiti 2021	284.141
Decessi 2015-19 (media)	59.200 (Ita 650.000)
Decessi 2020	83.062 (Ita 750.000)
Cause decesso - malattie neurologiche, CV e respiratorie COVID-19 (2020)	

RSA - Cosa fare?

Criticità	Soluzione
Problemi strutturali	Revisione criteri minimi autorizzativi
Strutture mal collegate al SSN	
Personale	
Formazione	

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le RSA sono tenute a rispettare e a adeguarsi anche ai criteri essenziali di seguito indicati:

AO.1	La responsabilità complessiva della struttura è affidata ad un Direttore sanitario o, per le strutture pubbliche, al Responsabile medico designato dall'Azienda sanitaria.
AO.2	Il Direttore sanitario/Responsabile medico ha la responsabilità del funzionamento complessivo della struttura con obblighi che attengono anzitutto: a) alla vigilanza sui requisiti igienico-sanitari b) alla vigilanza sulla qualità dell'assistenza c) alla prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento degli ospiti d) alla vigilanza sulla corretta gestione della documentazione clinica e assistenziale e) alla valutazione del rischio clinico, alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza f) alla validazione di protocolli e procedure interne alla struttura, e alla verifica della corretta applicazione.
AO.3	È presente una funzione di coordinamento del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari.
AO.4	È garantita l'assistenza infermieristica h 24 .
AO.5	È identificato il medico responsabile della gestione clinica del singolo ospite (Medico di Medicina Generale se non diversamente individuato)
AO.6	Le relazioni tra la struttura pubblica o privata e l'Azienda Sanitaria Locale sono definite all'interno di uno specifico protocollo

ASPETTI FORMATIVI

Per garantire una qualificata assistenza sociosanitaria il personale deve possedere e mantenere, tramite percorsi di formazione e aggiornamento, le conoscenze, le competenze e le abilità necessarie alla realizzazione delle attività e alla gestione degli aspetti relazionali con gli ospiti e i loro familiari

AF.1

È definito e implementato un piano di formazione e aggiornamento annuale per tutto il personale, che tenga conto dell'analisi dei bisogni formativi e delle caratteristiche assistenziali degli ospiti. Il piano deve comprendere percorsi formativi orientati all'apprendimento e all'approfondimento delle procedure e delle istruzioni operative interne, quali:

- a) prevenzione e controllo delle infezioni
- b) rischio clinico
- c) nutrizione/ idratazione
- d) prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento
- e) prevenzione e trattamento dei decubiti
- f) umanizzazione
- g) comunicazione
- h) qualità dell'assistenza
- i) gestione della fase del fine vita
- j) gestione delle emergenze

Tutto il personale deve avere una conoscenza della lingua italiana

ASPETTI STRUTTURALI

Occorre assicurare ad ogni ospite uno spazio di vita personale tale da garantire dignità e riservatezza, migliorando così la qualità di vita e l'efficacia dell'intervento assistenziale.

AST.1	Sono presenti: a) camere per gli ospiti dotate al massimo di due posti letto, con una superficie minima (escluso antibagno o disimpegno) di mq 20 (mq 18 per le strutture esistenti) b) camere singole per almeno il 20% dei posti letto complessivi, con una superficie minima (escluso antibagno o disimpegno) di mq 12 c) servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza in ogni stanza d) corridoi con larghezza minima di 1,50 m.
AST.2	Presenza di ascensori e montalettighe per il trasporto degli ospiti secondo le norme che ne consentono l'utilizzo come via di fuga in caso di incendio.
AST.3	Sono identificate camere o nuclei di isolamento , attivabili al bisogno, dotati di sistemi di areazione a pressione variabile, forniti di servizi igienici dedicati e zone filtro.
AST.4	È prevista una dotazione di almeno il 10% dei posti letto con gas medicali o la presenza di dispositivi portatili per l'erogazione di gas medicali .
AST.5	La struttura è dotata di almeno n. 1 monitor multiparametrico e 1 ventilatore polmonare portatile ogni 60 posti letto o in ogni struttura dotata di un numero di posti letto inferiore a 60.

RSA - Cosa fare?

Criticità	Soluzione
Problemi strutturali	Revisione criteri minimi autorizzativi
Strutture mal collegate al SSN	
Personale	
Formazione	
Monitoraggio	Indicatori Monitoraggio MinSal

RSA - Cosa fare?

Criticità	Soluzione
Problemi strutturali	Revisione criteri minimi autorizzativi
Strutture mal collegate al SSN	
Personale	
Formazione	
Monitoraggio	Indicatori Monitoraggio MinSal
Ricerca	Progettualità di ricerca

RSA - Cosa fare?

Criticità	Soluzione
Problemi strutturali	Revisione criteri minimi autorizzativi
Strutture mal collegate al SSN	
Personale	
Formazione	
Monitoraggio	Indicatori Monitoraggio MinSal
Ricerca	Progettualità di ricerca

Attori: Enti centrali, Regioni, Privati

Sfide

1. Misurare la fragilità
2. Valutazione bisogni
3. Presa in carico disabilità
4. Presa in carico complessità elevata

Strumenti

Algoritmi stratificazione/fragilità

Strumenti di VMD

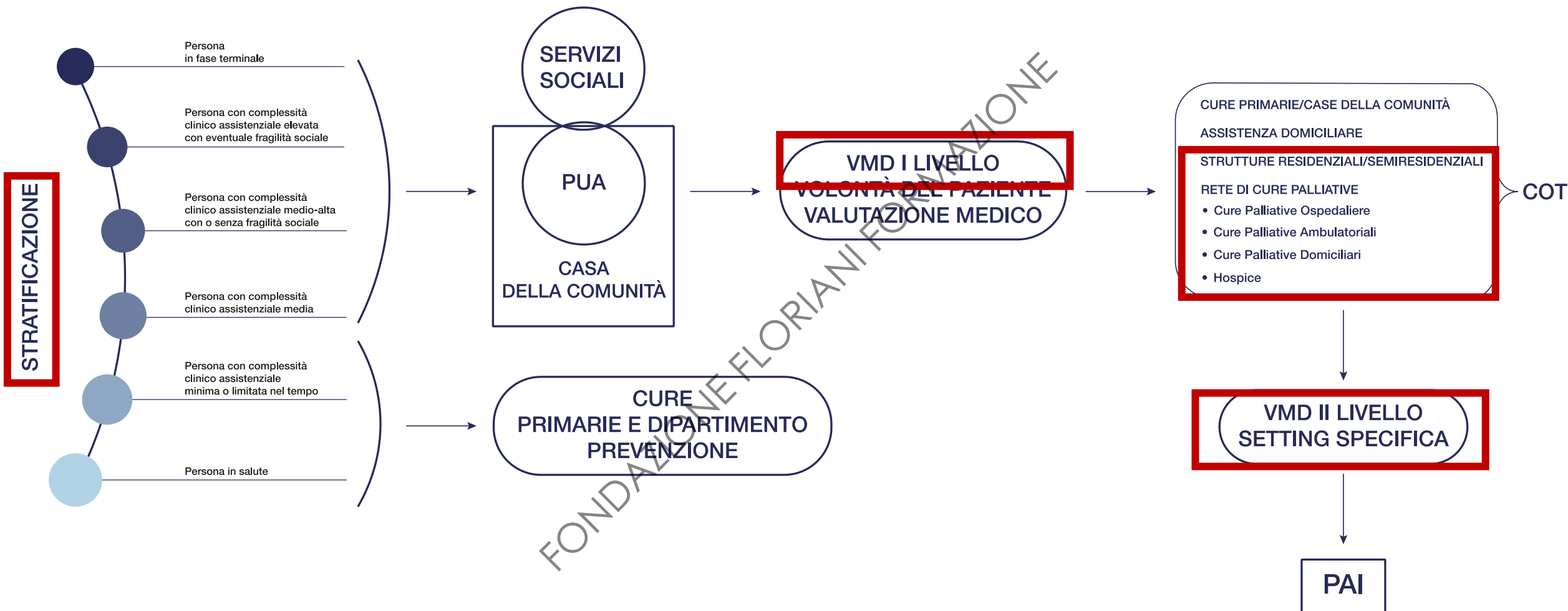
Infermiere di comunità

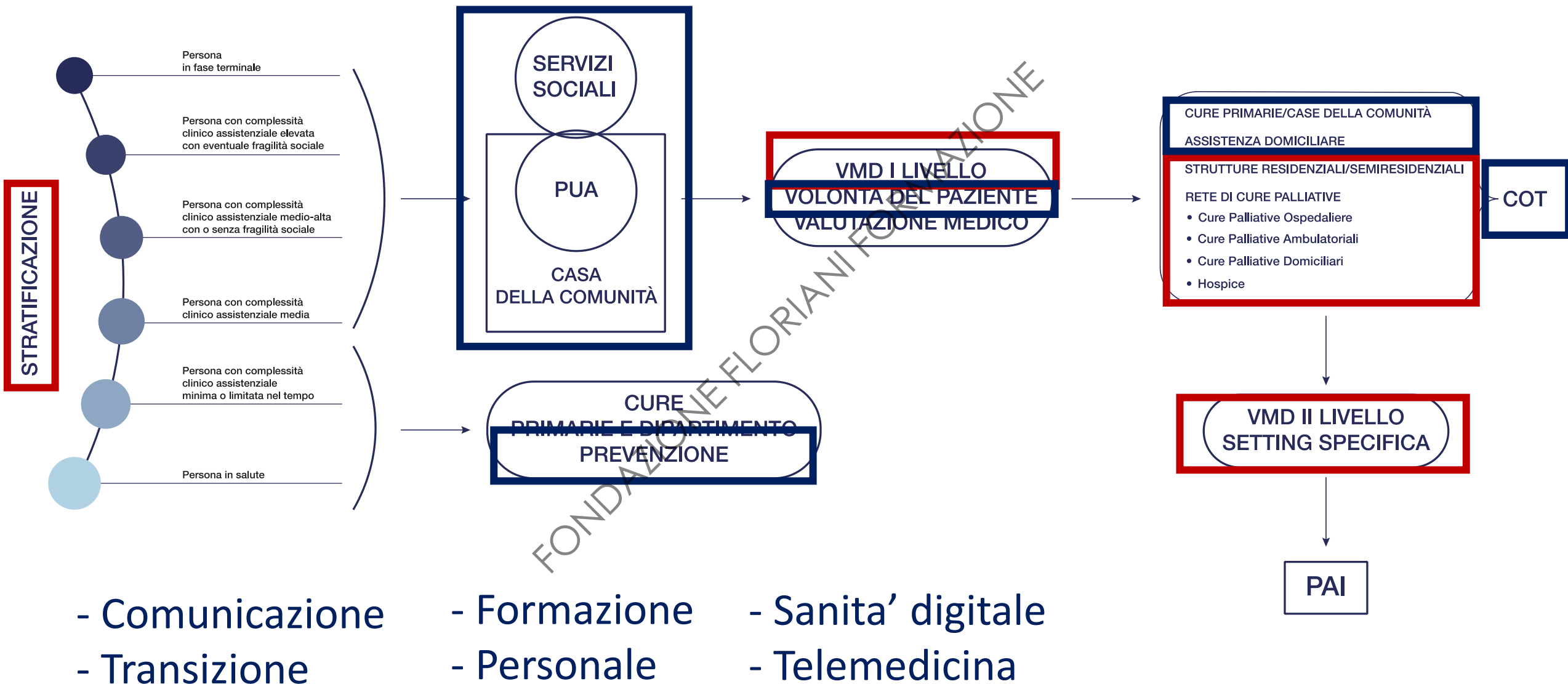
Potenziamento rete CP

Rivedere criteri RSA

Monitoraggio

FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE





FONDAZIONE FLORIANI FORMAZIONE