

CONSORZIO COLIBRI'



STUDY TOUR 2018 TOKYO

Appunti della direzione sanitaria
(Vincenzo Pedone e Anna Ventura)

23-25 aprile 2018

23 aprile 2018

NATIONAL CENTER OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

Centro nazionale di neurologia e psichiatria situato nella città di Kodaira, a 20 km dalla stazione di Shinjuku.

Si fonda sul binomio: RICERCA SCIENTIFICA ed ASSISTENZA CLINICA

E' strutturato in 7 dipartimenti di ricerca per patologia:

neuromuscolare, ritardo mentale e difetti congeniti, disordini mentali, malattie neurodegenerative, SN periferico, malattie demielinizzanti, ricerca funzionale cerebrale

e in 7 dipartimenti per la ricerca di base:

biochimica e biologia cellulare, ultrastrutturale, terapia molecolare, neurochimica, immunologia, farmacologia molecolare, neurofisiologia.

a- Visita struttura di psichiatria giudiziaria, dopo accurato controllo di sicurezza.

Degenza coi caratteri del manicomio criminale.

In Giappone la psichiatria forense è distribuita su 33 strutture per un totale di 833 pl.

Questa struttura è di 66 pl con tutti i requisiti di sicurezza, camere a 1 posto letto per ultra 14 anni.

E' divisa in 2 (in ciò è l'unica struttura nel paese): una parte per soggetti con soli problemi psichiatrici ed una parte per pazienti con problemi psichiatrici e fisici insieme.

Esiste una stretta correlazione ricerca-assistenza clinica e le 33 strutture sono tutte in rete per valutazioni cumulative di processo e di outcome.

La degenza si compone di una fase acuta di circa 3 mesi seguita da una fase di consolidazione di 9 mesi e di una fase di preparazione al rientro di altri 6 mesi.

La diversa disposizione delle camere rispetto alla guardiola è utilizzata per gestire la progressiva autonomizzazione del degente (fase acuta, fase post-acuta, fase della reintegrazione sociale).

Il team è composto da medici (4+4), infermieri (86 in tutto), AS (2-3 per settore), terapisti occupazionali (2-3 per settore), 1 psicologo.

Gli interventi sono farmacologici ma anche psicoterapeutici e talora elettrostimolazione (MECT).

Esiste una palestra per ergoterapia ed attività ludiche e si attua anche la riabilitazione cognitiva.

Una quota parte dei dimessi va in ospedale non giudiziario, ma la maggior parte rientra nella comunità. Il tasso di ricaduta è piuttosto basso.

L'80% dei pz ha patologia schizoide e il 10% circa presenta patologie dell'umore.

b- Lettura su dipendenza da sostanze, svolta da Toshihiko MATSUMOTO

E' un fenomeno sociale in cui ferve la ricerca (triade di mutua correlazione: sostanza, individuo, ambiente) su:

- 1- Epidemiologia
- 2- Natura e meccanismi della dipendenza
- 3- Sviluppo di interventi e trattamenti

Il fenomeno è meno diffuso che in Europa, essendo in Giappone le leggi molto severe, ma è in espansione. Esso riguarda le seguenti classi farmacologiche:

- Metanfetamina, marijuana
- BDZ
- D.sintetiche NPS , cannabinoidi di sintesi (pericolosi)
- Ketamina, LSD

Finora si è contato su *supply reduction* e
su *demand reduction*.

Tuttavia alla sottostante cultura/impostazione di repressione di reato (la legge giapponese, del resto piuttosto liberale per l'alcool, è molto severa per le sostanze) e della segregazione sociale si sta affiancando la consapevolezza che il fenomeno ha un correlato di patologia medica, di natura psichiatrica.

La carcerazione in sostanza non ha funzionato.

Il tema quindi è traslato sulla CURA: trattamento comportamentale, terapia psicosociale (non stimolazione magnetica transcranica).

Il tasso di drop out è alto (70%), ma il 30% che accetta il trattamento quasi per intero (al 90%) si libera della dipendenza.

Il programma di prevenzione che ha l'acronimo di SMARPP è veicolato dallo slogan:

vuoi smettere di usare stupefacenti oppure vuoi smettere di essere persona?

Da ADDICTION A CONNECTION (inclusione).

Sviluppo quindi di politiche di inclusione e di gestione delle complessità: aspetti infettivologici ed internistici, correlati alla tossicodipendenza.

Il supporto ai familiari inoltre risulta determinante.

c- Visita struttura psichiatrica non giudiziaria:

41 pl in camere da 1 a 4 letti; alcune sono monitorate, altre sono protette con spigoli arrotondati e con pareti imbottite.

Patologie trattate: in prevalenza problemi di depressione, disturbi del sonno, disordini alimentari.

Tipi di interventi: psicofarmaci, terapia cognitivo-comportamentale, terapia occupazionale, tecniche di rilassamento, MECT (600-700 casi all'anno).

1 CS e 16 infermieri (il rapporto coi paz è 1:10, laddove nel reparto di psichiatria giudiziaria il rapporto è 1,5:1).

4 medici fissi + 1-2 tirocinanti e 3 specializzanti-residenti. Non è previsto mdg. La DM è di 38 gg.

24 aprile 2018

TAKEKAWA HOSPITAL CARE CENTER KEYAKI CARE PORT ITABASHI

Tutte e 3 le strutture sono gestite dal gruppo Kenikukai (CEO Dr. Setsuo Takekawa).
Le prime due visitate al mattino, l'ultima nel pomeriggio.

L'ospedale di Takekawa, appartenente al Ken Ikukai Medical Group è destinato ai servizi di recupero e riabilitazione.

Ha in effetti diverse specializzazioni: Medicina Interna, Neurologia, Ortopedia, Riabilitazione, LTC (53 pl) definitiva e anche offerta tipo RSA temporanea (per demenza senile) per un totale di 161 pl.

In dimissione va a casa il 75% e un 15% continua nell'annesso servizio di Day Center.

Elevato è il grado di recupero dell'autonomia nelle ADL (37%).

La maggior parte dei pazienti ha malattie cerebrovascolari e ortopediche (fratture).

Molto ampi gli spazi rispetto agli standard, le camere hanno 1-4 letti, palestra spaziosa ed attrezzata, giardino pensile con vista parco e monte Fuji.

Organizzano intrattenimenti anche per gli abitanti del quartiere (con sushi naturalmente). Offrono anche servizi ambulatoriali per il quartiere (comprensivi di servizio trasporto pazienti).

La dotazione di personale è 86 unità tra fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali.

Sono inoltre presenti 10 medici (fisiatri e internisti) e 150 infermieri.

E' attivo sistema informatizzato di controllo facciale prima e dopo.

Visitata anche la CRA assistenziale per temporanei (che non ha gli standard ospedalieri) con erogazione anche di Day Service riabilitativo e Centro servizi domiciliari compresa FKT.

E'annessa comunità-alloggio con camera e cucina.

Si colgono profonda cultura di rispetto alla persona anziana e consapevolezza della propria mission riabilitativa per l'ottimizzazione delle ADL.

Lo staff è più numeroso rispetto alle analoghe strutture occidentali.

La conduzione è assicurata da MANAGING DIRECTOR e da MEDICAL DIRECTOR.

Tariffe CRA: 500.000 yen (50% dal pz e 50% dalla insurance); i privati fino a 600.000 yen al mese.

Tariffe riabilitaz. (stroke): 1.200.000 yen/mese, di cui a carico del pz una quota variabile (10-30%).

Care Center Keyaki offre servizio di assistenza a domicilio per persone affette da demenza, assistenza diurna e casa di riposo per anziani.

Care Port Itabashi struttura di LTC per anziani allettati.

(L'imperatore e l'imperatrice visitarono questa struttura nel 2013).

E' dotata di 105 pl in tutto, quasi tutti residenziali.

Ha 193 dipendenti di cui solo 5 infermieri; 80% sono OSS.

Nel totale sono compresi 15 posti di brevi-degenza e 18 posti solo per pazienti affetti da demenza.

Il Day Center gestisce una media di 50 persone al dì.

Hanno un blog visitato da 20.000 accessi al mese.

E' prestata grande attenzione alla competizione tra strutture: sono risultati secondi *nell'igiene del cavo orale*, attività critica per controllare l'abingestis.

Un salottino è dedicato, con sedie imperiali e foto dell'evento, alla visita di 5 anni fa dell'imperatore Akihito e dell'imperatrice Michiko Shoda.

Le attività svolte comprendono: animazione, ludoterapia, terapia occupazionale, partecipazione a feste popolari scintoiste; non mancano eventi particolari come grigliate e crociere.

Sono previsti benefici per dipendenti e familiari in hotel.

Emerge molta cura dello studio e della formazione delle risorse umane.

Si segnala attenzione alle *tecniche di sollevamento dei pazienti* e alle *posture degli ospiti*.

Viene sottolineata la *gestione correttiva dell'incontinenza urinaria* e anche fecale, con minimizzazione dell'uso del pannolone in 4 steps (controllo nell'assunzione di bevande e cibi, temporizzazione minzionale e svuotamento alvo, esercizi motori).

TOTAL QUALITY MANAGEMENT: divisione degli operatori in 8 squadre con obiettivi di miglioramento; rendicontazione a fine anno; la squadra vincente è inviata in manifestazioni nazionali.

Un team è recentemente risultato vincitore di premio per procedura "*gestione gonfiore delle gambe*".

I team sono anche multinazionali (Filippine, Corea) con vero e proprio partenariato economico x 3 anni (poi restano solo gli operatori promossi all'esame finale), con mutui vantaggi (le operatrici filippine ad es. insegnano l'inglese ai bambini giapponesi).

25 aprile 2018

NERIMA GENERAL HOSPITAL

Tipico ospedale per acuti e famoso per la sua qualità medica.

Lettura del Prof. Shuhei Iida (codice etico nel retro del biglietto da visita):

- 1- Forniamo cure adatte ed eque
- 2- La cura è il risultato della informazione da parte del medico e della scelta da parte del paziente
- 3- E' rispettata la privacy del paziente
- 4- Informiamo direttamente il paziente
- 5- Studiamo e miglioriamo le competenze per dare una cura migliore
- 6- Rispettiamo la volontà dei paziente per la miglior qualità di vita, sempre.

A-Presentazione

Nerima è stato attivato nel 1948, è fondazione di pubblico interesse (più pubblico che privato). Era in crisi nel 1991 quando l'ha preso a condurre. E' stato lui a introdotto il MQI come applicazione del TQM, da primario chirurgo, aduso al team-work.

Con trials (e anche con errori) si è accumulato molto materiale su cui riflettere.

Si fa ricerca di *management avanzato*.

Ha 224 pl; infermieri 1 su 7 pz; DM 10-11 gg. Comprende erogaz. di medicina cinese (orientale).

E' illustrata la metodologia operativa che comprende una successione di step:

- 1-Change mind
- 2-Condivisione delle informazioni
- 3-Integrazione delle informazioni
- 4-Utilizzazione delle informazioni
- 5-Data management

Qualità tecnico-professionale + qualità organizzativa + qualità percepita.

Dimensione medica → qualità; dimensione business → efficienza

Perseguire coi servizi soddisfazione di operatori, di pazienti e della collettività.

- 1-Management: la filosofia di partenza
- 2-Health care: (sarebbe un falso mettere al primo posto il paziente, in realtà occorre puntare al mutuo accrescimento-beneficio del complesso operatore-paziente-collettività)
- 3-Ospedale: sede di offerta sanitaria, scientifica, organizzativa
- 4-Soddisfazione per tutti
- 5-Hospital management è l'health care

Nello STATUTO: ...for offering safe and high quality health care: to research, develop and practice scientific technics of management...

Per operatori → lavorare volentieri e sentirsi valorizzati

Per pazienti → essere soddisfatti del trattamento

Per la collettività → essere avvantaggiati e fieri della presenza dell'ospedale

Nel 2018 obiettivi: riconsiderare le mission, capire il ruolo, capire le richieste, agire con il problem solving: **plan - do - check - act.**

Motivazione e promozione del capitale umano: legami fiduciali

L'attività è self centered not patient centered, centrata sull'operatore (NON SUL PAZIENTE):

Le parole chiave sono LAVORO SULLE CRITICITA' CONDIVISIONE FIDUCIA

Cross sectional organisation (a matrice):

su ordinate: sezione medica, tecnologica, infermieristica, amministrativa

su ascisse: sala operatoria, corsia, ambulatorio, farmacia, LTC

B- Raccolta slide su PROMOZIONE DELLE MQIA- KAIZEN ORGANISATION

Inizio nel 1996 delle "MEDICAL QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES" basato su total quality management.

Lotta dichiarate alle barriere tra dipartimenti e tra strati gerarchici.

Caratteristiche delle MQIA:

1-unicità progettuale del nostro ospedale (non copia di altri)

2-strategia di ospedale

3-scientificità di approccio

4-partecipazione dei medici

5-le attività sono strumenti di addestramento e terreno formativo

6-operazione KAIZEN diffusa a tutto l'ospedale

Per ogni anno un tema. Nel 2018: *riflettere sugli obiettivi PURPOSE THINKING*

MQI Story -Problem Solving Type-

Grasp current state, chase causes, plan actions, implement actions, check effects, countermeasure standardize

Se le attività ristagnano:

La ragione può risiedere nella non coerenza con la storia della MQI. Ciò che è ritenuto un problema in effetti non lo è (current state not grasped); le azioni sono state pianificate prima di analizzare le cause: gli sforzi profusi pertanto finiscono per dileguarsi come bolle di sapone con conseguente senso di frustrazione.

Altra spiegazione coinvolge la coordinazione tra dipartimenti (i meeting sono difficili da calendarizzare perché ognuno è impegnato? così le attività non fanno nessun progresso; è l'indisponibilità a cambiare che diventa fonte di conflitti!

Il MQI deve essere continuo: l'attività deve conformarsi al MQI (approccio razionale per conseguire risultati); circa i conflitti, essi avvengono mentre sarebbe meglio non averli, per cui, senza una cornice come MQI, si tenderebbe a fermare KAIZEN per evitarli.

Le attività KAIZEN MQI: Incontri per fare un piano in un solo giorno (partecipano 5 membri per ogni team) con l'obiettivo di produrre una scheda illustrativa completa delle attività, di fare uno specifico piano d'azione per l'attivazione dei membri del team già dal giorno seguente, di dare informazione del piano redatto dagli altri team.

Perché *l'incontro plenario di tutti i team?* Si apprende dalle positive innovazioni degli altri team, si scopre il proprio team, si ascolta l'opinione dello staff da un punto di vista diverso, tutto lo staff capisce l'indirizzo generale dell'ospedale, migliora la comunicazione tra dipartimenti.

KAIZEN delle attività MQI è diventato necessario dopo la 17° conferenza di presentazione (2013): perché il training camp? E' centrale la CULTURA ORGANIZZATIVA.

Significato delle Attività MQI: migliorano la qualità medica, educano a trovare problemi, considerarli e risolverli, serve come allenamento a primeggiare per i manager attuali e anche per chi potrebbe esserlo.

C- Opuscolo dimostrativo su la pianificazione della prima attività in occasione di disastro (terremoto):

BUSINESS CONTINUITY PLAN

Problemi

- 1-gestire i ricoverati all'esterno dell'ospedale*
- 2-supportare strutturalmente ogni dipartimento*
- 3-offrire pasti in emergenza ai ricoverati*

Obiettivi

- 1- strutturare la sicurezza dei pazienti fuori del reparto*
- 2- chiarire i dettagli dei supporti richiesti*
- 3- specificare quando e quali pasti in emergenza sono da fornire e costruire la struttura dell'offerta*

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY TOHO UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Struttura specializzata nel servizio ambulatoriale, di ricovero e assistenza diurna.

Letture di Tomonori HASEGAWA

Invecchiamento del Giappone con marcata contrazione dell'indice di fertilità (1,44)

Ultra65enni = 27,7% (infra15enni = 12,3 %).

Il segmento della popolazione che cresce di più è quello degli ultra 75 enni che nel 2100 costituirà il 25 % della popolazione.

Aspettanza di vita 81 M e 87 F

Spese per la sanità = 7,96% GDP

Durata media di degenza 16,2 gg (2016).

INVECCHIAMENTO - CONTRAZIONE NASCITE - PROIBIZIONE DELL'IMMIGRAZIONE

Il sistema sanitario giapponese è universalistico, dal 1961. Prevede assicurazione sanit.obbligatoria.

Il 90% degli ospedali (psichiatrici) è privato.

Non è previsto il mdmg (GP). I cittadini sono liberi di scegliere i medici e le strutture.

La tariffazione è (fissata da una commissione statale) unica in tutto il Giappone, anche se qualche differenza c'è tra cliniche e ospedali (definiti per il numero dei pl) e tra aree su cui insistono: rurale e urbana. Vigge quindi un regime competitivo che segue le regole di mercato.

E' adottato il sistema del co-payment da parte del paziente (circa il 30%; il 70% è finanziamento statale) ; la contribuzione del p. dipende da età e reddito (da 70 a 74 aa è 20-30% in relazione al reddito e sopra 75 è 10-30% sempre in relazione al reddito).

La spesa sanitaria ha la partecipazione dell'assicurazione sanitaria del lavoratore (è a carico della compagnia fino al 50%) e/o quella della community.

Esiste la assicurazione separata per la popolazione anziana.

Dal 2000 il sistema assicurativo include la LTC, separata a sua volta dall'assistenza sanitaria agli anziani vera e propria.

L'out of pocket in generale è 30%.

LTC - La necessità di intervento è stata determinata da: aumento dei bisogni, inadeguatezza delle famiglie (modificazioni culturali, strutturali...) e aumento dell'ospedalizzazione sociale (che è tuttora il 5% dei pazienti ed è molto più costosa della welfare facility).

LONG TERM CARE INSURANCE = social system based on **super-aged society**.

ASSICURATORI: sono le municipalità; le risorse finanziarie derivano da tasse di municipalità, prefetture e stato per il 50% e dai premi 50% per l'altro 50%.

ASSICURATI: si distinguono in primari (> 65 a.) e secondari (40-65 a.; per 16 malattie) e sono tenuti al co-payment (10-20%).

I LTC services previsti sono di tre tipi: in-home, community based and facility services.

Le proiezioni sul futuro mostrano trend incrementali, con necessità di prossimi aggiustamenti come l'ottimizzazione del coordinamento home care e residenzialità, la promozione degli interventi sulla demenza, la riduzione del premio agli indigenti e l'aumento del co-payment per i redditi più elevati.

Lettura di Masafumi Mizuno

Il Bosco è una unità diurna di riabilitazione della salute mentale per soggetti da 15 a 30 anni con "stato mentale a rischio" o al primo episodio di psicosi (inclusa la schizofrenia).

Il riconoscimento e l'intervento precoce durante il cosiddetto "periodo critico" (5 anni dalla comparsa della malattia) migliorano la prognosi fino a prevenire l'evoluzione verso la psicosi grave.

La volontà dei pazienti di cercare e accettare l'aiuto clinico nella fase iniziale è la chiave per curare le malattie mentali; lo stigma scoraggia i pazienti dall'iniziare un trattamento; l'antistigma è una priorità per ridurre il ricovero in ospedale dei pazienti.

E' cambiato il termine di Schizofrenia da "mind split disease" a "integration disorder".

In Giappone il suicidio è 1° causa di morte (2011) nei soggetti tra 20-40 aa; in aumento negli studenti delle scuole superiori.

Barriere allo sviluppo di interventi precoci:

- Servizi psichiatrici ospedalieri
- Pochi servizi di sensibilizzazione
- Programma di rimborso dell'assicurazione sanitaria
- Elevato stigma contro i malati mentali
- Nessun programma sulla salute mentale nelle linee-guida didattiche.

Sistema di cure mentali in Giappone:

Nel 2011-2012 i pl psichiatrici erano 269 per 100.000 abitanti (in Italia 10 per 100.000 abitanti); un numero elevato sono utilizzati da pazienti cronici di lunga durata.

90% dei pl psichiatrici sono privati.

Il 90% dei nuovi pazienti ammessi sono dimessi entro 1 anno; i vecchi pazienti "di lungo-degenza" è difficile che vengano dimessi.

I letti di assistenza psichiatrica negli ospedali sono letti ospedalieri che ospitano pazienti genericamente con problemi di salute mentale.

La DM: 55 gg; in Italia < 20gg

Inclusione:

- tutti i letti negli ospedali per la salute mentale e l'abuso di sostanze;
- letti nei reparti psichiatrici degli ospedali generali e degli ospedali specializzati (diversi dalla salute mentale e dall'abuso di sostanze).

Esclusione:

- letti assegnati a cure non mentali;
- letti assegnati a cure infermieristiche a lungo termine negli ospedali;
- letti per riabilitazione;
- letti per cure palliative.

Cambiamento negli ultimi 50 anni:

- diminuzione delle nascite
- cambiamento ambientale per lavoro
- ristagno di crescita economica
- cambiamento della struttura della famiglia (molti vivono da soli)

La spesa per la salute mentale nei paesi dell'OCSE generalmente sta aumentando tra il 5 e il 18% della spesa sanitaria totale; in Giappone rimane al 5-6%.

Nota generale di rilievo: il clima, ovunque e costantemente improntato ad accoglienza e disponibilità, è stato nei momenti di incontro collettivo cordiale e festoso.



Spunti di riflessione

il contesto demografico

Elevato indice di invecchiamento

Bassissimo indice di fertilità

Proibizione dell'immigrazione

l'organizzazione del SSN

Assenza del MDMG; libera scelta del medico; assicurazione obbligatoria

Rete ospedaliera basata sul mercato (tariffazione unica, competizione)

Co-payment del cittadino in relazione ad età e reddito

Prevalenza del privato nell'erogazione dell'assistenza (in psichiatria per il 90%)

Dotazioni di personale tendenzialmente più generose che in Europa.

provvidenze per la non autosufficienza

Attivazione piano della LTC dal 2000

A carico della fiscalità generale e co-payment

la rete ospedaliera nel settore neurologico-psichiatrico-riabilitativo

Forte link ricerca-didattica-assistenza

aspetti tecnico-professionali

Attenzione al recupero

Rispetto della persona anziana (progetto gestione incontinenza)

aspetti organizzativi

"Ospedalizzazione sociale" in corso di superamento

Commistione psichiatria-demenza in corso di differenziazione

Forte inserimento territoriale delle strutture residenziali

management

Centralità dell'organizzazione (accanto alla qualità tecnico-professionale specifica)

MQI è pratica di base e continua.

Incontri plenari e di dipartimento ad orientamento pragmatico: dalla valutazione critica dello status quo al piano immediatamente attuativo

Qualità totale: per il cambiamento → ciclo della qualità

Valore chiave di Partecipazione e Fiducia

Competizione positiva interna ed interaziendale

Care self centered, not patient centered