

Udine

5 dicembre 2017
ore 08.30 - 17.30

Seminario

GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2017



RETE CURE SICURE FVG

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
INTEGRATA di UDINE
Presidio Ospedaliero Universitario
Santa Maria della Misericordia



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Codice evento ASUIUD_17314

LE CURE INTERMEDIE IN AAS n° 5

Un anno di attività

Udine, martedì 5 dicembre 2017

L'ANZIANO FRAGILE ovvero UN MALATO «SCOMODO»

La riduzione dei ricoveri ospedalieri in FVG non riguarda gli >85enni

	CLASSE ETA'				TOTALE	
	< 85		>= 85			
2010	205.964	90,63	21.282	9,37	227.246	100,00
2011	202.250	90,38	21.528	9,62	223.778	100,00
2012	201.534	90,19	21.921	9,81	223.455	100,00
2013	196.133	90,08	21.605	9,92	217.738	100,00
2014	176.000	89,56	20.507	10,44	196.507	100,00
2015	168.549	88,85	21.158	11,15	189.707	100,00

RICOVERI OSPEDALIERI ORDINARI di ULTRA 85enni IN AAS n° 5 NEL 2014, 2015 e 2016

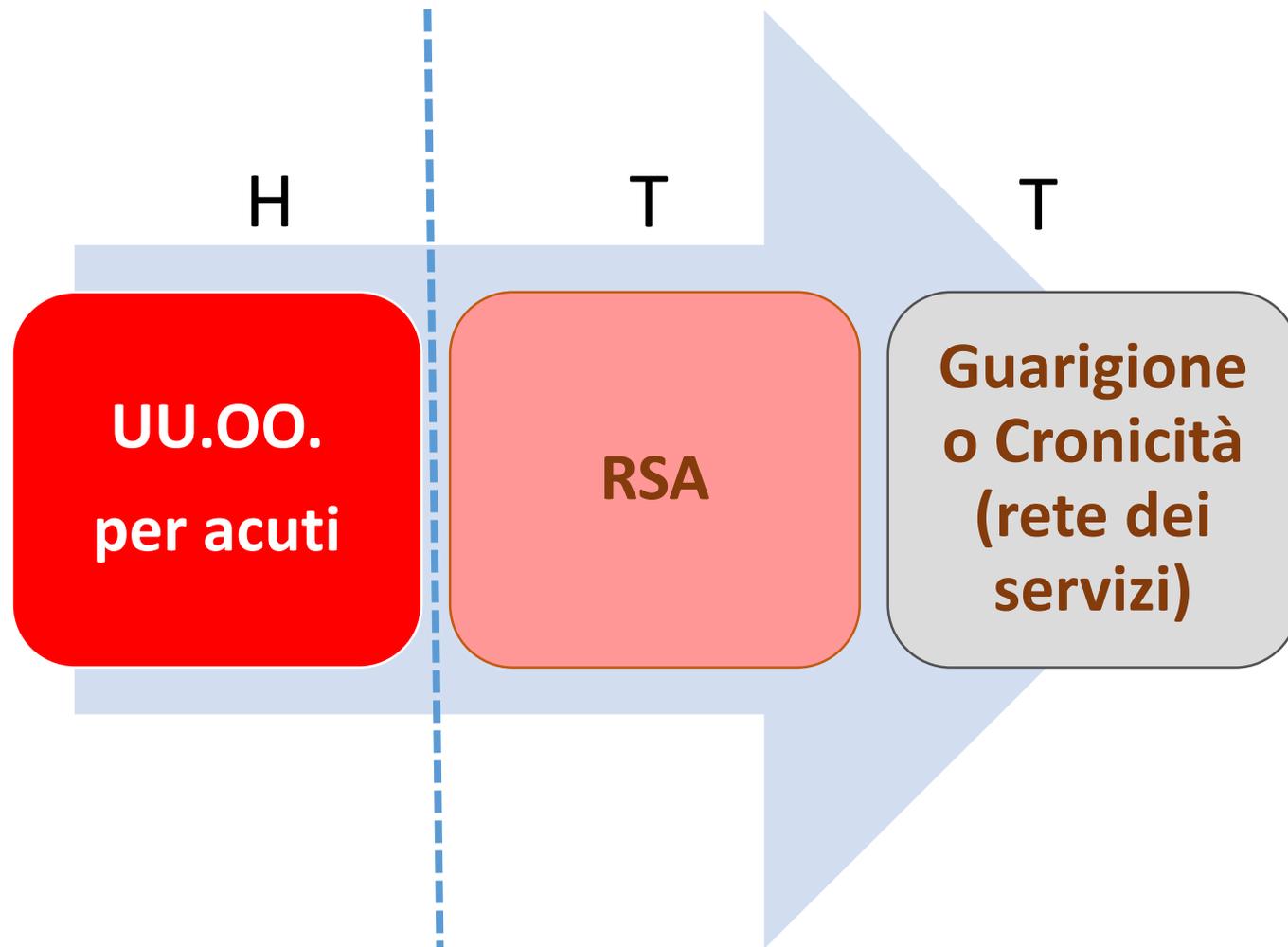
Unità Operativa	2014					2015					2016				
	M	F	Totale >85	Totale ricoveri	%>85	M	F	Totale >85	Totale ricoveri	%>85	M	F	Totale >85	Totale ricoveri	%>85
Cardiologia e UCIC	52	68	120	2.124	5,6	58	73	131	2.219	5,9	58	79	137	2.275	6,0
Chirurgia mano e Micro Ch.	7	2	9	828	1,1	4	5	9	856	1,1	3	1	4	813	0,5
Chirurgia Generale PN	63	95	158	2.796	5,7	60	83	143	2.741	5,2	51	100	151	2.265	6,7
Chirurgia Maxillo-Facciale	4	4	8	251	3,2	1	0	1	164	0,6	1	1	2	155	1,3
Chirurgia S. Vito	20	34	54	935	5,8	22	38	60	881	6,8	16	43	59	922	6,4
Chirurgia Spilimbergo	16	48	64	1.138	5,6	16	38	54	1.107	4,9	14	35	49	1.149	4,3
Medicina Urgenza e DBI	43	64	107	968	11,1	47	67	114	903	12,6	33	56	89	865	10,3
Medicina PN	491	1.035	1.526	4.109	37,1	526	1.154	1.680	4.223	39,8	560	1.207	1.767	4.387	40,3
Medicina S. Vito	115	252	367	1.304	28,1	124	244	368	1.331	27,6	126	238	364	1.249	29,1
Medicina Spilimbergo	132	270	402	1.138	35,3	168	342	510	1.276	40,0	182	310	492	1.313	37,5
Nefrologia	20	15	35	345	10,1	27	10	37	368	10,1	11	17	28	337	8,3
Neurologia	22	57	79	817	9,7	40	65	105	902	11,6	49	84	133	941	14,1
Oculistica	7	8	15	710	2,1	1	10	11	620	1,8	1	12	13	579	2,2
Ortopedia PN	33	107	140	1.135	12,3	28	120	148	1.116	13,3	20	132	152	1.116	13,6
Ortopedia S. Vito	14	49	63	902	7,0	15	71	86	874	9,8	10	34	44	820	5,4
Ortopedia Spilimbergo	6	22	28	890	3,1	7	25	32	809	4,0	1	22	23	711	3,2
Ostetricia e Ginecologia S. Vito	0	7	7	1.223	0,6	0	3	3	1.157	0,3	0	2	2	1.347	0,1
Ostetricia e Ginecologia PN	0	2	2	1.862	0,1	0	9	9	1.760	0,5	0	10	10	1.832	0,5
ORL PN	5	10	15	748	2,0	13	7	20	796	2,5	4	5	9	837	1,1
ORL S. Vito	4	4	8	361	2,2	2	3	5	394	1,3	1	5	6	309	1,9
Pneumologia	34	19	53	544	9,7	21	10	31	477	6,5	20	18	38	502	7,6
Riabilitazione PN	1	1	2	75	2,7	2	0	2	83	2,4	0	0	0	80	0,0
Riabilitazione Spilimbergo	0	1	1	69	1,4	0	0	0	67	0,0	1	1	2	73	2,7
Rianimazione S. Vito	4	16	20	181	11,0	16	20	36	230	15,7	11	22	33	225	14,7
Rianimazione e TI PN	2	8	10	247	4,0	11	2	13	276	4,7	7	5	12	264	4,5
SPDC PN	0	5	5	335	1,5	0	0	0	354	0,0	2	2	4	348	1,1
Urologia	28	20	48	1.158	4,1	27	11	38	1.267	3,0	32	15	47	1.304	3,6

- I 2/3 dei pazienti ospedalizzati sono >65 anni
- Il 22% delle giornate di degenza sono utilizzate da persone con età superiore a 85 anni
- Il 25% dei pazienti ricoverati hanno una diagnosi di demenza

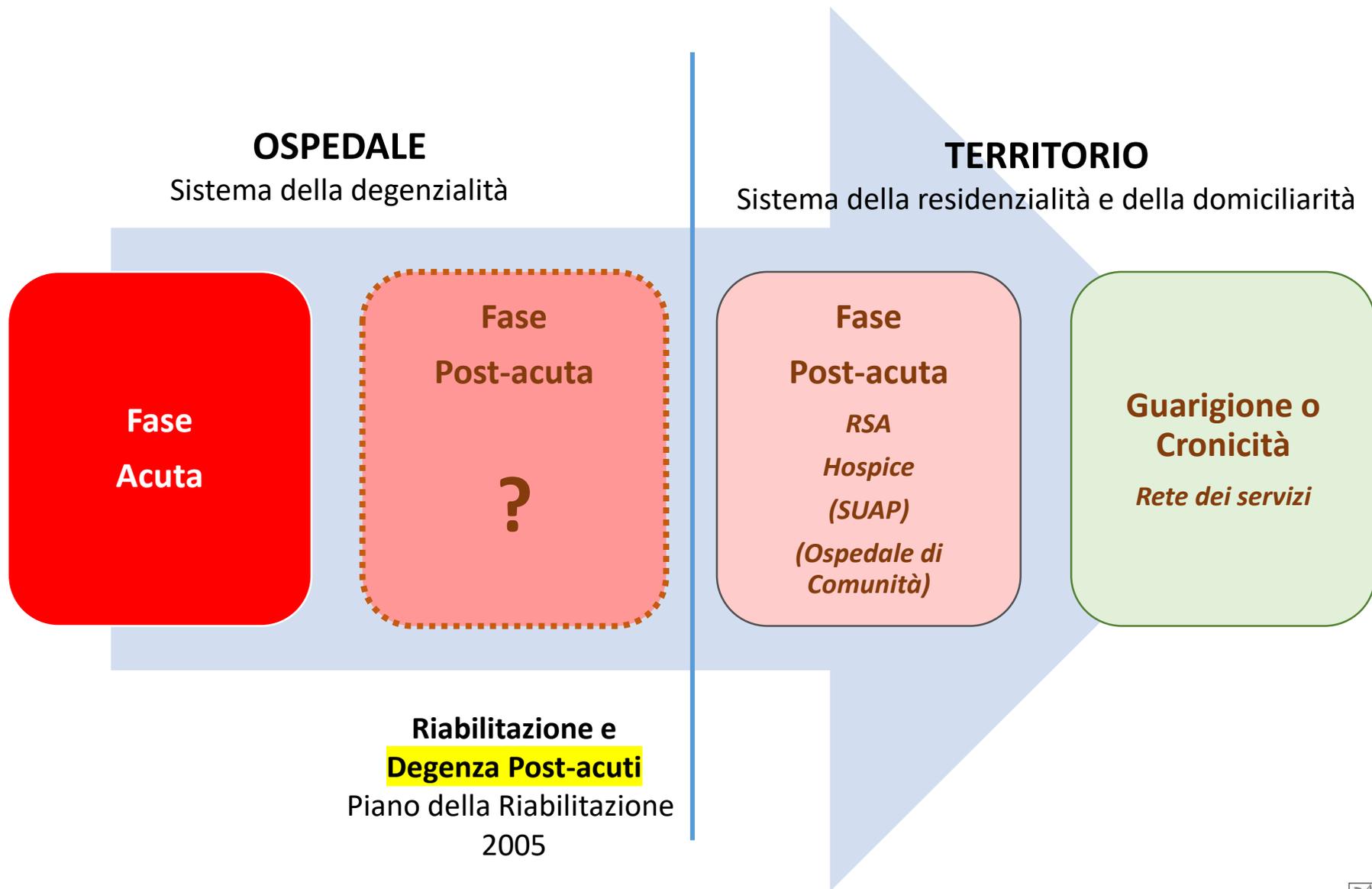
Di quali malati stiamo parlando?

Gestione a breve-medio termine di pazienti provenienti dalle UU.OO. per acuti (Medicina, Neurologia, Chirurgia, ecc.), affetti da pluripatologie e da problemi clinici **non stabilizzati**, che richiedono una competente e **continua sorveglianza medica** ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero, ma che non sono tali da giustificare una permanenza in reparti per acuti (**rischio «intermedio»**)

A fronte di tale bisogno, l'offerta ospedaliera in FVG **NON** prevedeva (**e ancora NON prevede!**) una **risposta dedicata**; tali pazienti, pertanto, quando non dimessi precocemente, rimangono in ospedale, per lo più in reparti di Medicina Generale, ovvero sono trasferiti, talora inappropriatamente, in strutture territoriali residenziali (RSA)



LA FASE POST-ACUTA: UNA SFIDA INELUDIBILE CHE SEMBRA NON PIACERE



OSPEDALE

Sistema della degenzialità

**Fase
Acuta**

**Fase
Post-acuta**
?

TERRITORIO

Sistema della residenzialità e della domiciliarità

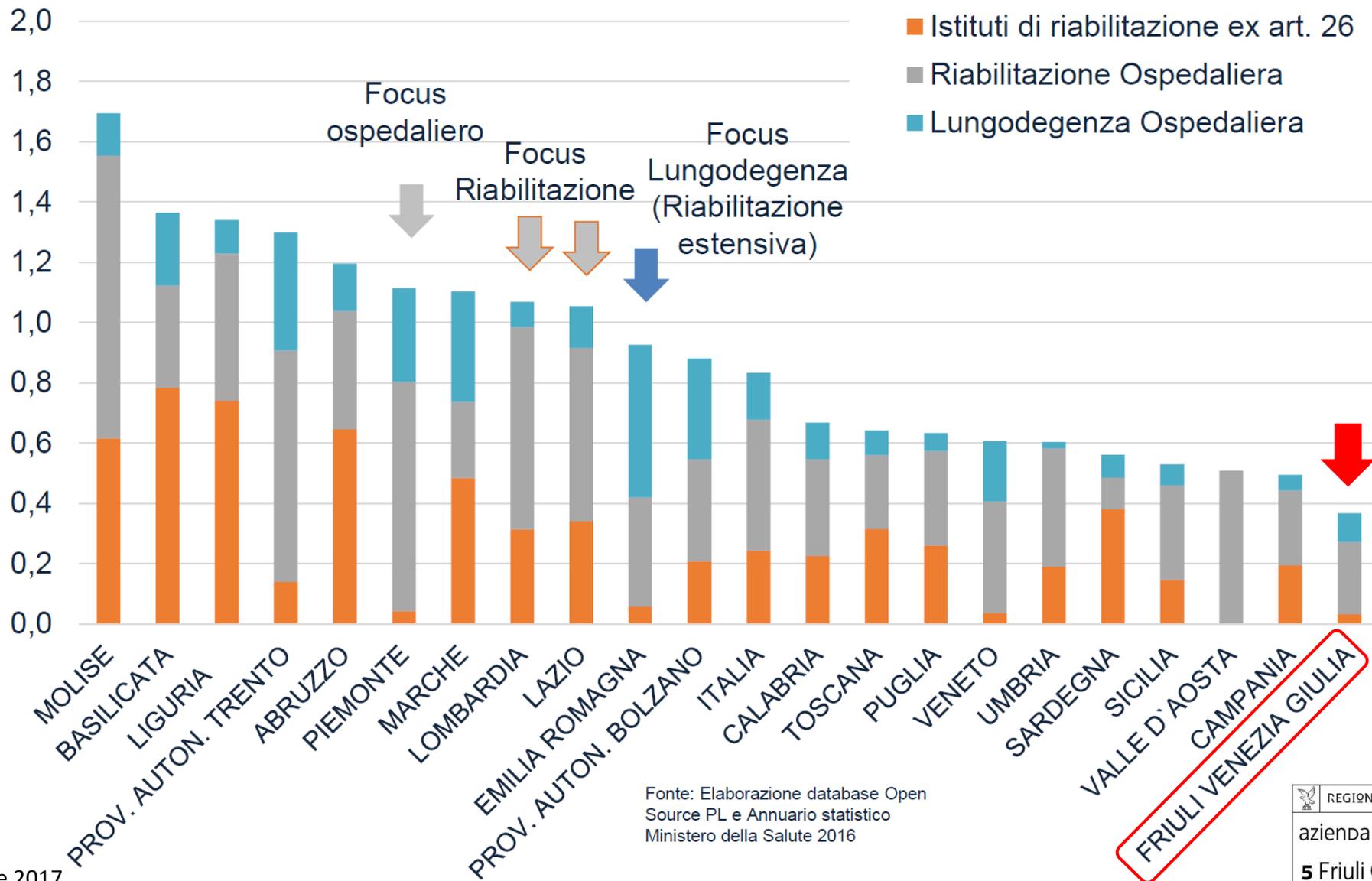
**Fase
Post-acuta**
RSA
Hospice
(SUAP)
*(Ospedale di
Comunità)*

**Guarigione o
Cronicità**
Rete dei servizi

**Riabilitazione e
Degenza Post-acute**
Piano della Riabilitazione
2005

Posti letto ospedalieri

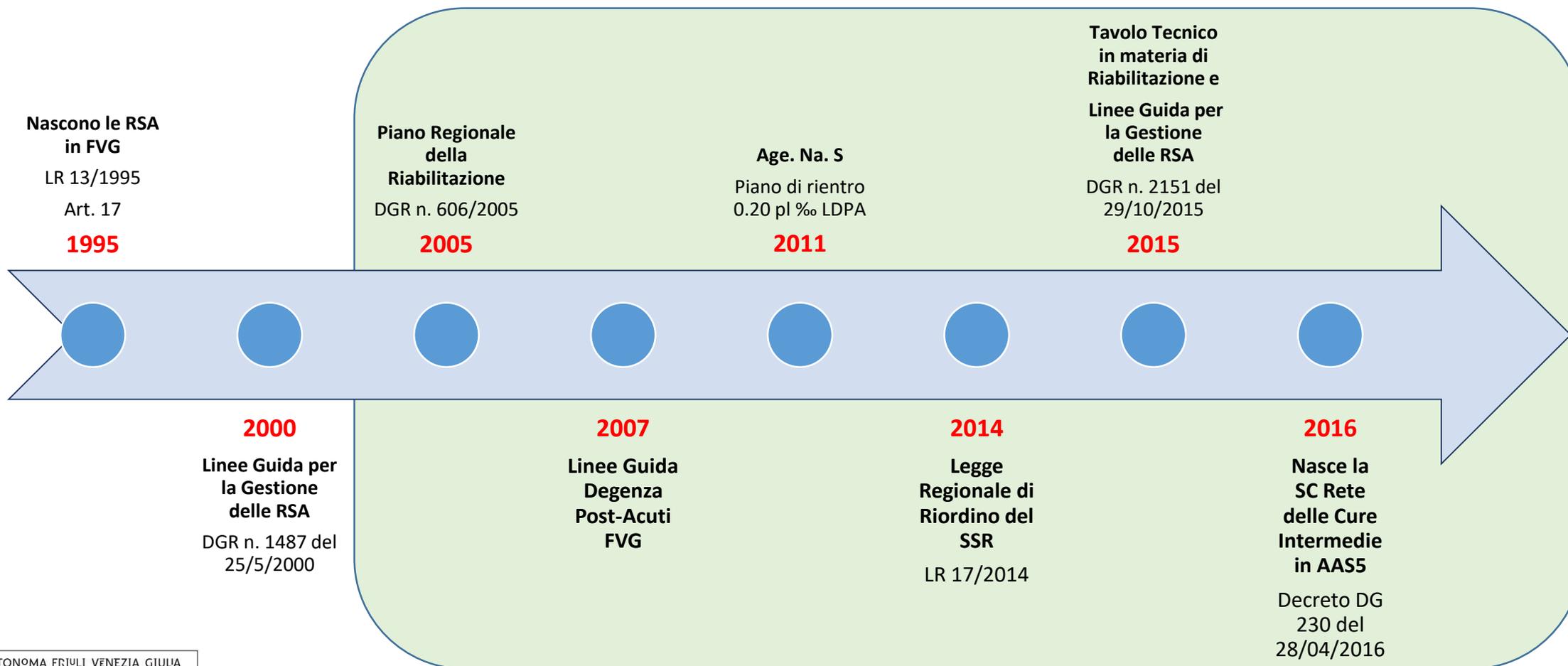
PL riabilitativi e post-acuti, per 1.000 ab. (2014)



Fonte: Elaborazione database Open Source PL e Annuario statistico Ministero della Salute 2016

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
 azienda per l'assistenza sanitaria
 5 Friuli Occidentale

Cronologia di un cambiamento



Situazione PL pubblici esistenti 2004

Tipologia di OFFERTA	PL Pubblici Riabilitazione	Degenza post-acuta	Totale
UDGE (c/o AOUD)	0		0
IMFR Gervasutta	74		74
USU/UGC (c/o AOUD)	15		15
Alta specialità regionale	89		89
Area vasta isontino-giuliana (Ass 1, Ass 2)			
AOUTS	24		24
H Gorizia	11		11
H Monfalcone	8		8
Totale di Area vasta	43		43
Area vasta udinese (Ass3, Ass 4, Ass 5)			
Az. Ospedaliera di UD (con Cividale)	34		34
Policlinico Universitario UD	3		3
H Tolmezzo	(*)		(*)
H Gemona	(*)		(*)
H San Daniele	(*)		(*)
H Palmanova	5		5
H Latisana	(*)		(*)
Totale di Area vasta	42		42
Area vasta pordenonese (Ass 6)			
AOPN (con Sacile)	(*)		(*)
H San Vito	9		9
H Spilimbergo	(*)		(*)
H Maniago	5		5
Totale di Area vasta	14		14
Totale	99	0	99

TOTALE REGIONALE	188	0	188
-------------------------	------------	----------	------------

Delta

Situazione PL prevista dal Piano: 0,65‰

Riabilitazione	Degenza post-acuta (**)	Totale (***)
10		10
96		96
15		15
121	0	121
40-50	190-200	239
50-60	220-230	279
25-30	115-120	143
115-140	525- 550	661

235-260	525- 550	
---------	----------	--

47-72	525- 550	
-------	----------	--

Piano Regionale FVG della Riabilitazione (DGR 606, 2005)

AGENAS 2011

Il funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti **criticità**:

La necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o fragilità, insite, ad esempio, nell'invecchiamento

I pazienti fragili “non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie”, sono di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate e la dimissione è problematica

L'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente

Le norme nazionali hanno identificato nelle cure intermedie un **nuovo setting assistenziale residenziale sanitario**

La motivazione che ha indotto lo Stato italiano a introdurre nel sistema una nuova struttura residenziale va ricercata nella **difficoltà di dimissione dei pazienti** che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta (Pesaresi, 2014)

L'Agencia sanitaria nazionale ha spiegato che **le strutture residenziali tradizionali rispondono solamente in minima parte a questo tipo di esigenze**, e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, **la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore** (Agenas, 2011)

La confusione semantica continua!

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale del FVG operano le seguenti tipologie di **strutture intermedie**:

- **RSA**, destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti, a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori
- **Hospice**
- **Strutture di riabilitazione funzionale** ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/1978
- **Ospedali di Comunità**
- **Speciali Unità di Assistenza Protratta (SUAP)**

I posti letto di riabilitazione, ospedalieri e residenziali, secondo la LR 17/2014

L'articolo 26 (Programmazione ospedaliera) della legge di riordino del SSR (LR 17/2014) così recita:

- Il Servizio Sanitario Regionale adotta, quale standard per la definizione del numero dei posti letto ospedalieri accreditati, il valore di **3 posti letto per mille abitanti per acuti**, e di **0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione, di cui 0,3 nelle strutture ospedaliere e 0,4 nelle aree delle residenze intermedie**, di cui all'articolo 23, comma 2, lettera a).
- Tali valori sono raggiunti secondo la gradualità stabilita dagli atti regionali di pianificazione, garantendo la contestualità degli interventi di riduzione dei posti letto per acuti con l'implementazione delle aree di residenza intermedia

Il 31/03/2015 si insedia il Tavolo Tecnico Regionale in materia di Riabilitazione

Con decreto n° 268/DICE del 31/03/2015 è stato costituito definitivamente il **Tavolo Tecnico Regionale in materia di Riabilitazione** del FVG con la finalità prioritaria di fornire supporto tecnico-professionale alla Direzione Centrale della Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia per la revisione del Piano della Riabilitazione di cui alla DGR 24/03/2005 n° 606, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 37 della LR 16/10/2014 n° 17

I componenti del Tavolo hanno ipotizzato una dotazione complessiva regionale di **posti letto di Riabilitazione, ospedalieri e residenziali**, pari a **889 (0.7 ‰ abitanti)**

**PL DI RIABILITAZIONE (0.7‰) IN FVG (n° 889)
OSPEDALIERI (0.3‰) E RESIDENZIALI (0.4‰)**

Posti letto OSPEDALIERI (0.3 ‰): 402

Codice 75 Neuro-riabilitazione	25	GCA		
Codice 28 Unità Spinale	25	Prevalentemente per mielo-lesioni	Altre patologie gravi SNP tetra-paraplegia	
Codice 56 Recupero e riabilitaz. funzionale	180	100 per patologie neurologiche	80 per patologie ortopediche	
Riabilitazione intensiva specialistica	36	20 riabilitazione cardiologica	16 riabilitazione pneumologica	
Codice 60 Riabilitaz. estensiva (Lungodegenza-postacuti)	136	60 per patologie neurologiche	46 per patologie ortopediche	30 per altre patologie

Posti letto RESIDENZIALI (0.4 ‰): 487

RSA riabilitativa	487	60 per patologie neurologiche	78 per patologie ortopediche	349 per altre patologie
TOTALE	889			

RSA	LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (DGR n° 2151 del 29/10/2015)
Tipologia di struttura	<p>Struttura intermedia del SSR (art. 23 LR 17/2014) a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soggetti anziani non autosufficienti • Soggetti temporaneamente non autosufficienti • Soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori
Accesso	<p>Valutazione multiprofessionale e multidisciplinare (UVD), di cui all' articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10</p>
Requisito per l'accesso	<p>Impossibilità di usufruire, in regime domiciliare, per motivi sanitari e/o tutelari, dell'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa necessaria</p>
Tipologia di utenza	<ul style="list-style-type: none"> • Utenti con prevalenti bisogni clinico-assistenziali e riabilitativi • Utenti con prevalenti bisogni clinico assistenziali, tutelari e di consulenza psichiatrica • Utenti con prevalenti bisogni assistenziali e tutelari («sostegno socio-ambientale»)
Livelli assistenziali: standard e tariffe	<ul style="list-style-type: none"> • Di base: almeno <u>160 minuti al giorno</u> per ciascun utente (di cui 50 min. di infermiere e 110 min. di OSS). Tariffa: 111 € per giornata di degenza • Medio: almeno <u>240 minuti al giorno</u> per ciascun utente (di cui 110 min. di infermiere e 130 min. di OSS). Tariffa: 134 € per giornata di degenza • Riabilitativo: almeno <u>190 minuti al giorno</u> per ciascun utente (di cui 80 min. di infermiere e 110 min. di OSS) e trattamento riabilitativo <u>da 1 a 3 ore al giorno per 6 giorni</u> alla settimana per ciascun paziente. Tariffa: 143 € per giornata di degenza
Durata degenza	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di base e medio: 30 gg (dal 31° giorno quota di partecipazione pari al 50% del valore della tariffa) • Livello riabilitativo: 40 gg (dal 41° giorno quota di partecipazione pari al 50% del valore della tariffa)

NASCE LA SIP A SACILE PROTOTIPO DI STRUTTURA INTERMEDIA



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE (SIP) DI SACILE

GESTIONE CLINICA	La gestione clinica, assicurata da Medici di Continuità Assistenziale diplomati CeForMed e da Medici Internisti strutturati , prevede la tutela clinica sulle 24 ore per sette giorni la settimana
RESPONSABILITÀ ASSISTENZIALE E MODELLO ORGANIZZATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Orientato alla presa in carico (Total Patient Care): approccio olistico e sistemico. L'assistenza è basata sui bisogni della persona con promozione del self care• Modello organizzativo: modular nursing, ad ogni mini equipe è assegnato un piccolo numero di assistiti situati in uno specifico modulo all'interno della struttura
INTERVENTO RIABILITATIVO	<p>Riabilitazione "d'iniziativa": tutti gli ospiti della struttura sono valutati all'ingresso dal fisioterapista che definisce il tipo di intervento più appropriato. L'intervento riabilitativo integra il percorso di diagnosi e cura ... e deve dunque essere precoce e tempestivo</p> <ul style="list-style-type: none">- Intercetta il bisogno prima che venga espresso nella massima intensità- Coinvolge il più possibile la famiglia e il care giver- Avviene in integrazione con l'equipe assistenziale per- Ridurre i rischi di danni secondari- Garantire il mantenimento delle principali attività della vita quotidiana possibili ed il reinserimento a domicilio
DIMISSIONE	Effettuata dal responsabile clinico della SIP ; nei casi complessi viene attivata l'UVD del Distretto

Il modello organizzativo della SIP

L'attività clinica di diagnosi e cura del malato accolto in SIP è garantita **nelle 24 ore per 7 giorni/7** da un team integrato costituito da **4 Specialisti ospedalieri Internisti** dell'Unità Operativa in riconversione (SC Medicina Interna e Postacuzie di Sacile) e da **4 Medici di Continuità Assistenziale (MCA)**, diplomati CeForMed, nella logica di una progressiva integrazione tra queste figure professionali

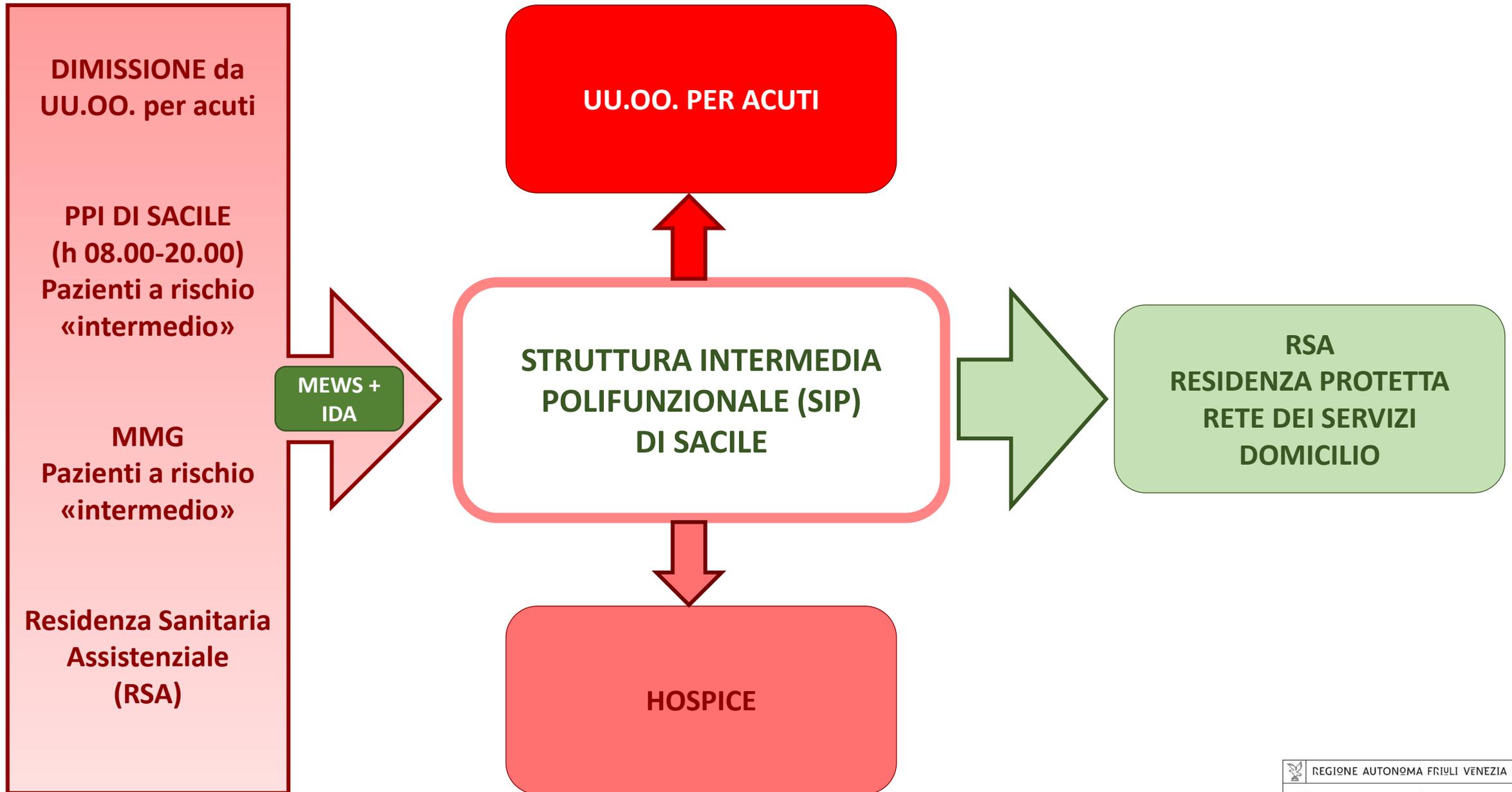
L'emergenza clinica è assicurata dalla Rete di **Emergenza Territoriale 118 (112)**

Il Medico di Medicina Generale (MMG) ovvero il Medico del Punto di Primo Intervento (PPI), che propone l'accoglimento del malato in SIP, valuta con l'Internista/MCA della struttura intermedia il **profilo di eleggibilità (instabilità clinica, MEWS, e complessità assistenziale, IDA)** e concorda il setting ed il timing più appropriati per il ricovero (funzione extra-ospedaliera «a rischio intermedio»)

Il ricovero può anche avvenire, con analoga procedura, dalle UU.OO. per acuti, dalle quali il malato deve essere amministrativamente dimesso prima di essere accolto in SIP (funzione post-acuta residenziale intermedia)

La **valutazione multidimensionale e la predisposizione del piano assistenziale/FT (PAI)** sono definiti nel corso dell'attività di briefing **(Internista, MMG/MCA, Coordinatore Infermieristico/FT, Infermiere del PUA).**

Famiglia e Volontari intervengono attivamente nel percorso assistenziale



MEWS (Modified Early Warning Score)

MEWS (Modified Early Warning Score)								
CATEGORIA	3	2	1	0	1	2	3	SCORE
PA sistolica mmHg	<70	71-80	81-100	100-199		>200		
FC in battiti/minuto		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130	
FR in atti/minuto		<9		9-14	15-20	21-29	>30	
TC in C°		<35		35-38.4		>38.5		
Livello di coscienza				Vigile	Reagisce a stimolo verbale	Reagisce al dolore	Non reagisce agli stimoli	
TOTALE								
Punteggio MEWS 0-2	Stabile (0)		Monitoraggio 1 volta per turno (ogni 8 ore)					
Punteggio MEWS 3-4	Instabile (1)		Monitoraggio 2 volte per turno (ogni 4 h)					
Punteggio MEWS >5	Critico (2)		Monitoraggio 1 volta ogni ora e valutazione del medico					

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE		IGIENE CONFORT		MOBILIZZAZIONE		RESPIRAZIONE		SCORE
1	NPT NE artificiale. Disfagia grave	1	Incontinenza urinaria e fecale permanente. Gestione stomia	1	Igiene totale a letto. Assenza di collaborazione	1	Dipendente/Allettato. Necessità di sollevatore	1	Ventilazione non invasiva CPAP-NIV	
2	Deve essere imboccato. Disfagia lieve	2	Incontinenza urinaria e fecale occasionale. Necessità di clisma	2	Necessità di aiuto per igiene totale a letto. Paziente collaborante	2	Mobilizzazione in poltrona e/o carrozzina e cambi posturali a letto	2	Dispnea da sforzo, broncoaspirazione e gestione tracheostomia	
3	Necessita di aiuto nell'alimentazione	3	Catetere vescicale a permanenza. Monitoraggio alvo	3	Necessità di aiuto per cure igieniche parziali. Vestirsi	3	Necessità di aiuto costante nella deambulazione	3	Dispnea da sforzo lieve, aerosolterapia educazione	
4	Autonomo (Sorveglianza)	4	Autonomo (Sorveglianza)	4	Autonomo (Sorveglianza)	4	Autonomo (Sorveglianza)	4	Spontanea (Sorveglianza)	
PROCEDURE DIAGNOSTICHE		PROCEDURE TERAPEUTICHE		SENSORIO		COMUNICAZIONE		AMBIENTE SICURO SITUAZIONE SOCIALE		SCORE
1	Monitoraggio continuo dei parametri	1	Infusione continua in CVC o Port. LdD 4° stadio o multiple	1	Stato soporoso Coma	1	Deficit di linguaggio: uso di metodi non verbal. Deficit cognitivo grave	1	Uso di mezzi di protezione per effettuare procedure	
2	Monitoraggio ad intervalli <1h. Peso ogni giorno	2	CVC o CVP per infusione non continua. LdD 3° stadio	2	Disorientamento temporo-spaziale continuo. Uso di sedativi	2	Deficit cognitivo moderato. Ansia. Lingua e cultura diversa	2	Comportamenti a rischio. Rischio cadute medio- alto	
3	Monitoraggio ad intervalli >1h. Verifica diuresi	3	Terapia ev, im, sc, os LdD 2° stadio	3	Disorientamento T-S occasionale	3	Difficoltà linguaggio lieve. Raccolta dati dal caregiver	3	Predisposizione di presidi atti a ridurre il pericolo	
4	Accertamenti di routine	4	Terapia per os o nessuna terapia. Nessuna medicazione	4	Vigile e orientato, tranquillo, non necessita di sedativi	4	Buona interazione comunicativa	4	Nessun intervento sull'ambiente. Informazione	

L'incrocio dei dati ricavati dal MEWS e dall'IDA consente di definire il livello di INTENSITÀ DI CURA

	IDA 27-30 0	IDA 15-26 1	IDA 10-14 2
MEWS 0-2 0	BASSA	MEDIA	ALTA
MEWS 3-4 1	MEDIA	MEDIA	ALTA
MEWS > 5 2	ALTA	ALTA	ALTA

I punti di forza della SIP



INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE



COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA/CARE

COINVOLGIMENTO DEL VOLONTARIATO

SACILE Progetto per aiutare i malati ad affrontare le lunghe convalescenze "Giù dal letto", volontari in ospedale

SACILE - (ma) "Giù dal letto", è il progetto realizzato dall'Asur in collaborazione con l'associazione "Erikafrever" che partirà venerdì alle 15.30 in ospedale. Il malato, terminata la fase critica della malattia, deve rimanere in ospedale per un periodo che può durare anche due o tre settimane, nel corso delle quali non si muove dal letto e perde interesse per ogni cosa. Da qui la necessità di avere vicini ai pazienti per aiutarli a superare questa fase di convalescenza. Un problema questo, sottolinea il presidente dell'Asur, Natalino Valdevit, segnalato dal responsabile della Medicina sociale, Giorgio Siro Carnielli, che ha eviden-

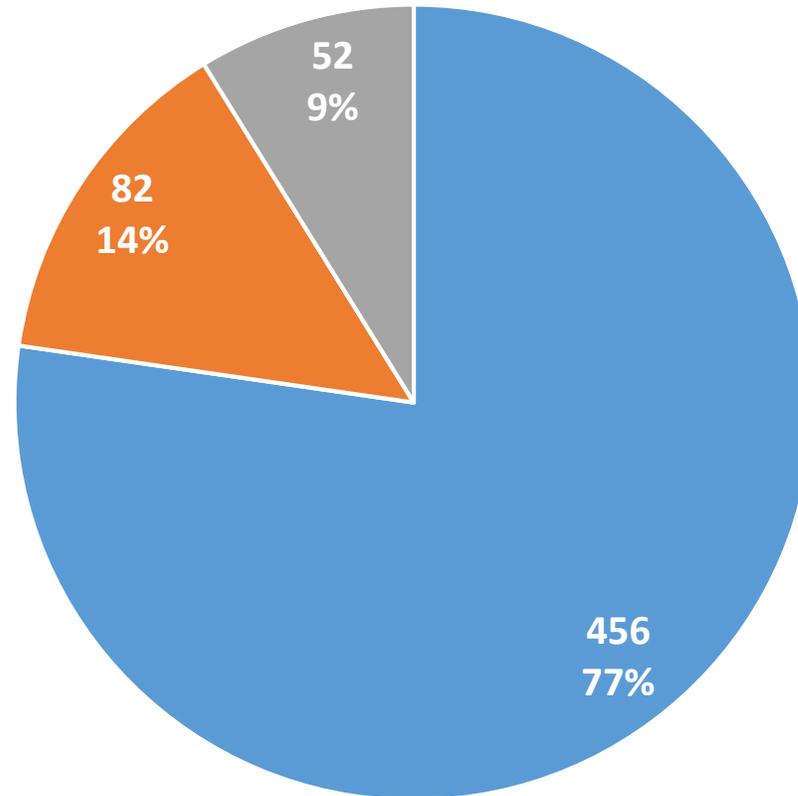
ziato come la condizione di post-accuse al accompagnamento, spesso, ad una situazione di disagio psicologico globale. Da qui la necessità di trovare qualche cosa che aiuti a tenere attiva la mente dei pazienti. È nato così il progetto "Giù dal letto" che vedrà i volontari presenti nel reparto con i pazienti almeno ancora al pomeriggio per leggere loro il giornale, racconti, riviste varie, così da intrattenersi e a rimettere in attività la mente oltre che mantenere le relazioni sociali. Per preparare i volontari a svolgere nel migliore dei modi un compito non certamente facile sarà organizzato un corso formativo.

AVIANO
Tassan Zanin (Pdl)
candida Signore

AVIANO - (vc) Dopo il di silenzio Paola Tassan Zanin ribatte gli atti della Lega e propone nuovo nome, quello di Nils Signore, membro Pdl e del Circolo di Libertà, per le prossime elezioni.

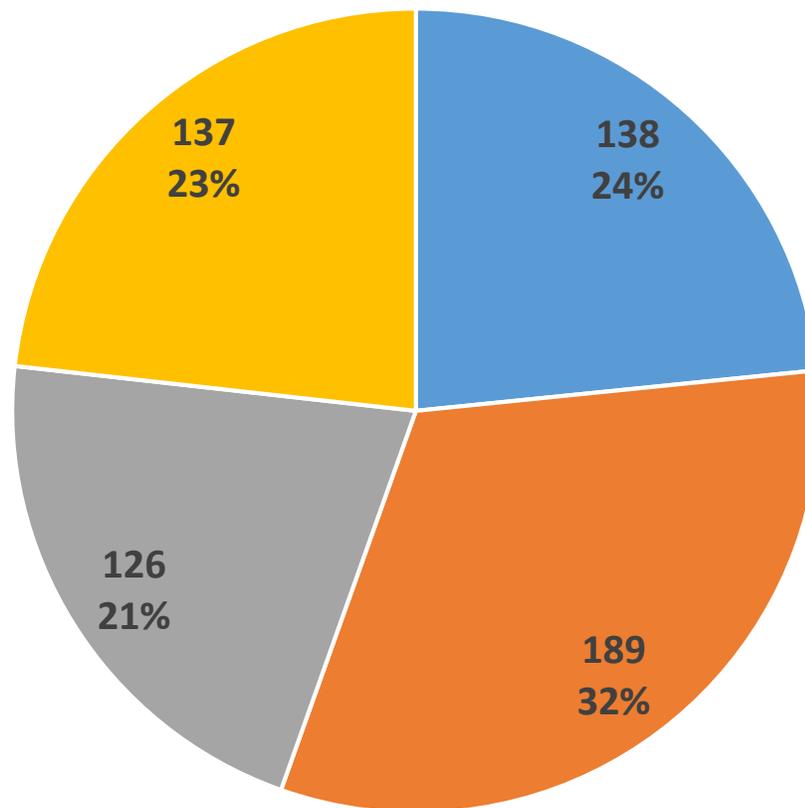
«Ho preferito non ritardare ai continui atti della Lega Nord alla

SIP di Sacile
Provenienza ospiti
01/06/2016 - 31/05/2017



■ **Ospedale** ■ **Domicilio** ■ **Rete dei Servizi**
Nessun Servizio

SIP di Sacile
Destinazione ospiti
01/06/2016 - 31/05/2017



■ Decesso ■ Domicilio ■ RSA ■ Rete dei Servizi
Nessun Servizio

RSA, SIP, ODP e Degenze Intermedie in FVG (2017)

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata - Trieste (ASUI TS)		
		PL
RSA Casa Verde	Trieste	38
RSA IGEA	Trieste	84
RSA Mademar	Trieste	75
RSA S. Giusto	Trieste	36
Totale		233
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata - Udine (ASUI UD)		
		PL
RSA Cividale del Friuli	Cividale del Friuli	23
RSA Ospedale di Udine	Udine	24
RSA IGA Udine	Udine	60
RSA Opera Pia Coianiz	Tarcento	33
Totale		140
ASS n° 2 Bassa Friulana-Isontina		
		PL
RSA Cormons	Cormons	45
RSA Gorizia	Gorizia	22
RSA Gorizia GCA	Gorizia	9
RSA Jalmicco B. Panegos	Palmanova	22
RSA Latisana	Latisana	20
RSA S. Polo Monfalcone	Monfalcone	37
Totale		155

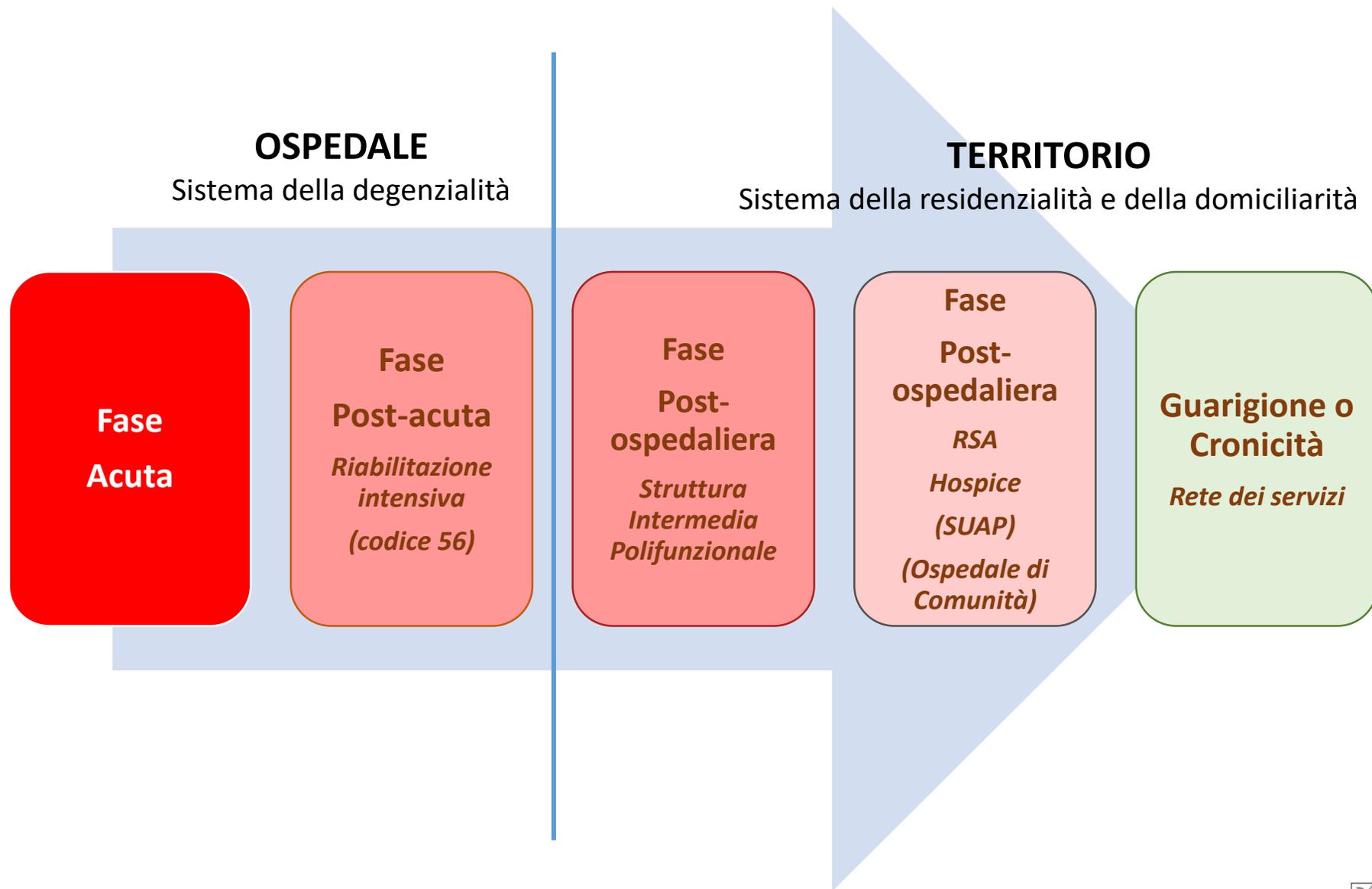
AAS n° 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli		
		PL
Degenze Intermedie	Gemona	80
RSA Codroipo	Codroipo	27
RSA Daniele del Friuli	S. Daniele Friuli	24
RSA Tolmezzo	Tolmezzo	19
RSA Alcologica	S. Daniele Friuli	14
TOTALE		164
AAS n° 5 Friuli Occidentale		
		PL
Ospedale di Prossimità	Maniago	30
RSA Azzano X°	Azzano X°	25
RSA Pordenone	Pordenone	18
RSA Roveredo in P.	Roveredo in P.	24
RSA San Vito al T.to	S. Vito al T.to	26
RSA Sacile	Sacile	28
SIP	Sacile	28
TOTALE		179
TOTALE FVG		871

STRUTTURE RESIDENZIALI SANITARIE IN FVG
DATI SISSR - 2014, 2015 e 2016

	Posti letto	Entrati da accettazione	Usciti per dimissione	Usciti per decesso	% Decessi	Degenza media	Occupazione media %
2014	791	9.441	8.918	476	5,0	24,7	87,4
2015	797	9.601	9.088	499	5,2	24,3	86,8
2016	871	10.855	10.183	596	5,5	22,9	86,6

STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE (SIP) DI SACILE E RSA FVG (2016/2017)

	Posti letto	Entrati da accettazione	Usciti per dimissione	Usciti per decesso	% Decessi	Degenza media	Occupazione media %
SIP 2016 2017	28	568	427	138	24,0	15,4	89,0
RSA FVG 2016	871	10.855	10.183	596	5,5	22,9	86,6



LA SIP DI SACILE È HUB NELLA RETE DELLE CURE INTERMEDIE



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

AAS n° 5 «Friuli Occidentale» Posti letto di Assistenza Primaria

SC Rete delle Cure Intermedie
SSD Rete delle Cure Palliative-Hospice
Hospice «Via di Natale»

Distretto del Noncello (URBANO)

- RSA di Pordenone 18 pl
- RSA di Roveredo 24 pl

Distretto del Livenza (OVEST)

- SIP di Sacile 28 pl
- RSA di Sacile 28 pl

Distretto Dolomiti Friulane (NORD)

- Ospedale di Prossimità 30 pl

Distretto del Tagliamento (EST)

- RSA di S. Vito 26 pl
- Hospice di S. Vito 10 pl

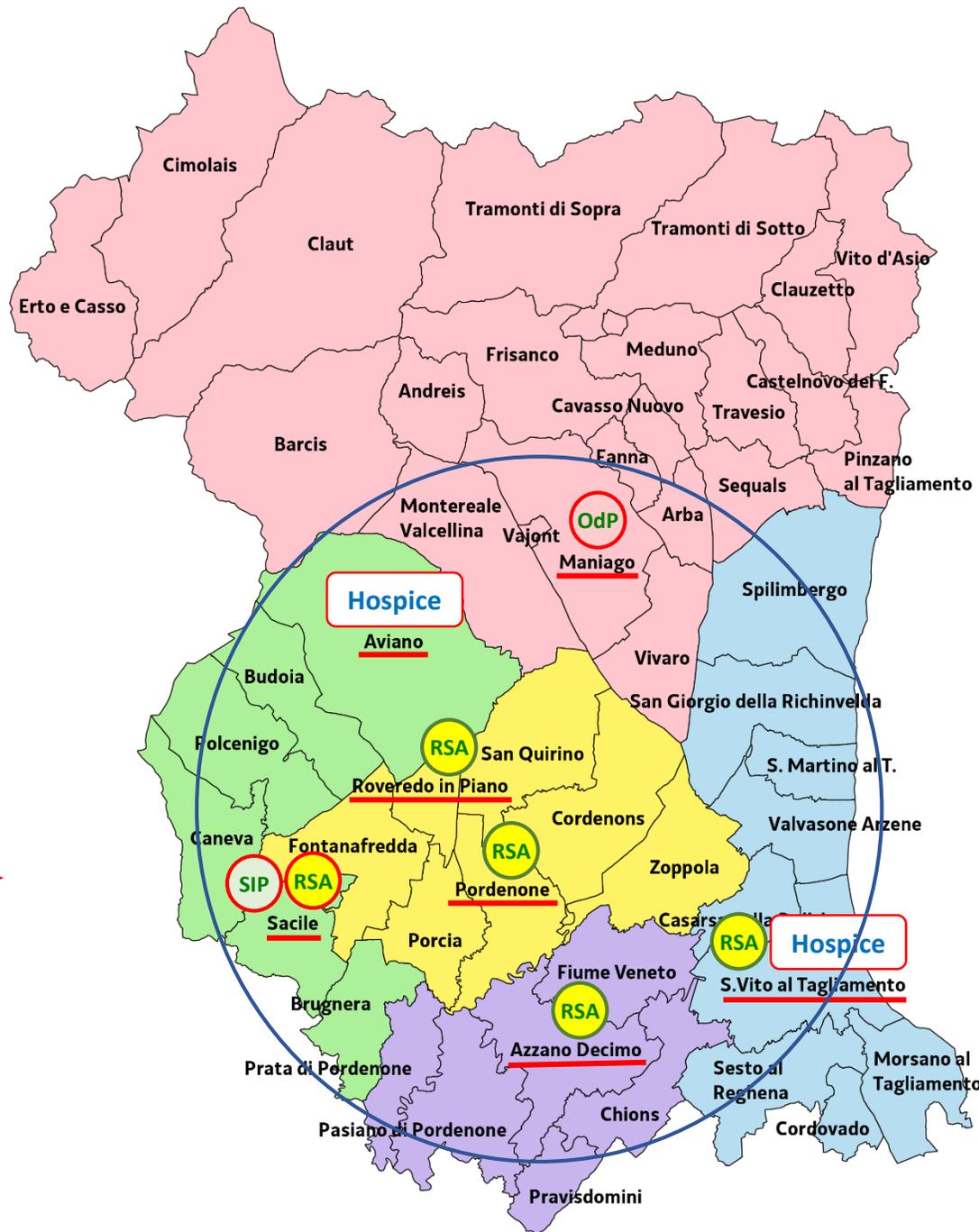
Distretto del Sile (SUD)

- RSA di Azzano X° 25 pl

TOTALE (pubblico) AV 189 pl

Hospice «Via di Natale»

- CRO Aviano 12 pl



Ex-Provincia di PORDENONE

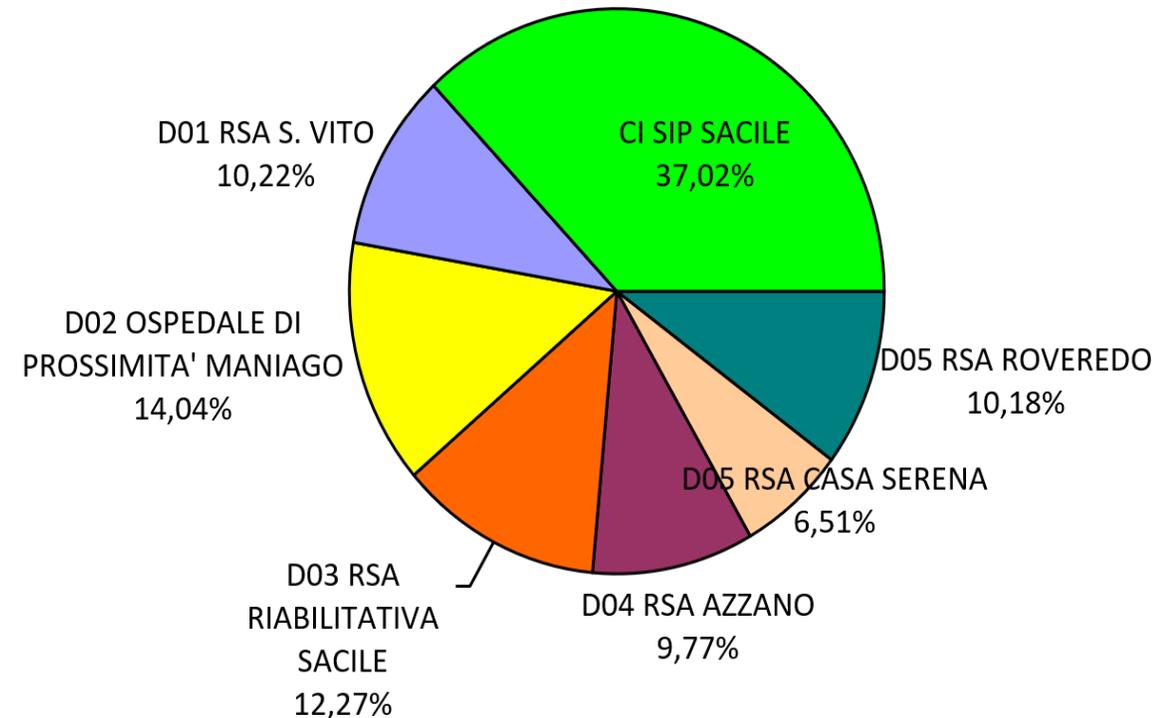
Superficie	2.275 km ²
Abitanti	312.105 (30/06/2016)
Densità	137,16 ab./km ²
Comuni	50

AREA VASTA PORDENONESE (AAS n° 5) (posti letto di assistenza PRIMARIA) DGR 2673 del 30/12/2014

Hospice	20
SUAP	14
RSA e Riabilitazione	223
CSM h24	31
Alcologia	6
Ospedale di Comunità	16 (Maniago e Sacile)
Degenze internistiche	20 (Sacile)

Consumi Rete Cure Intermedie per centro di costo (01/06/2016 al 31/05/2017)

	01/06/2016 - 31/05/2017
CI SIP SACILE	174.834
D01 RSA S. VITO	48.254
D02 OSPEDALE DI PROSSIMITA' MANIAGO	66.331
D03 RSA RIABILITATIVA SACILE	57.961
D04 RSA AZZANO	46.127
D05 RSA CASA SERENA	30.751
D05 RSA ROVEREDO	48.074
TOTALE RETE CURE INTERMEDIE	472.332



Cure intermedie: opportunità e rischi

- Prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento
- Garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio
- Permettere **risparmi di spesa** rispetto ai costi dell'ospedale
- Favorire l'innovazione organizzativa nella direzione di una maggiore efficienza ed efficacia
- Rafforzare il **legame con il territorio** (in particolare con il MMG)
- Favorire l'**educazione terapeutica** del paziente e dei suoi *caregiver*
- Rispondere al bisogno crescente di gestione delle condizioni croniche e della non autosufficienza
- In sostanza, le cure intermedie possono rappresentare la soluzione a diverse criticità del sistema sanitario

- Scelte regionali **eccessivamente diversificate**
- Il **mancato stanziamento di risorse aggiuntive** può condizionare l'avvio del nuovo modello assistenziale
- **Sovrapposizioni con la lungodegenza postacuzie e le RSA**, tali da mettere in discussione l'efficacia del sistema: necessità di ridefinire con chiarezza modelli e standard assistenziali
- Utilizzo inappropriato in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) o in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero): necessità di porre attenzione al sistema di valutazione
- Le cure intermedie, di fatto, **si sostituiranno alle lungodegenze post-acuzie**, a danno dei pazienti più instabili?

