



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

LA TERRA DI MEZZO

L'innovazione organizzativa della
Rete delle Cure Intermedie nell'AAS n° 5

Udine, giovedì 20 ottobre 2016

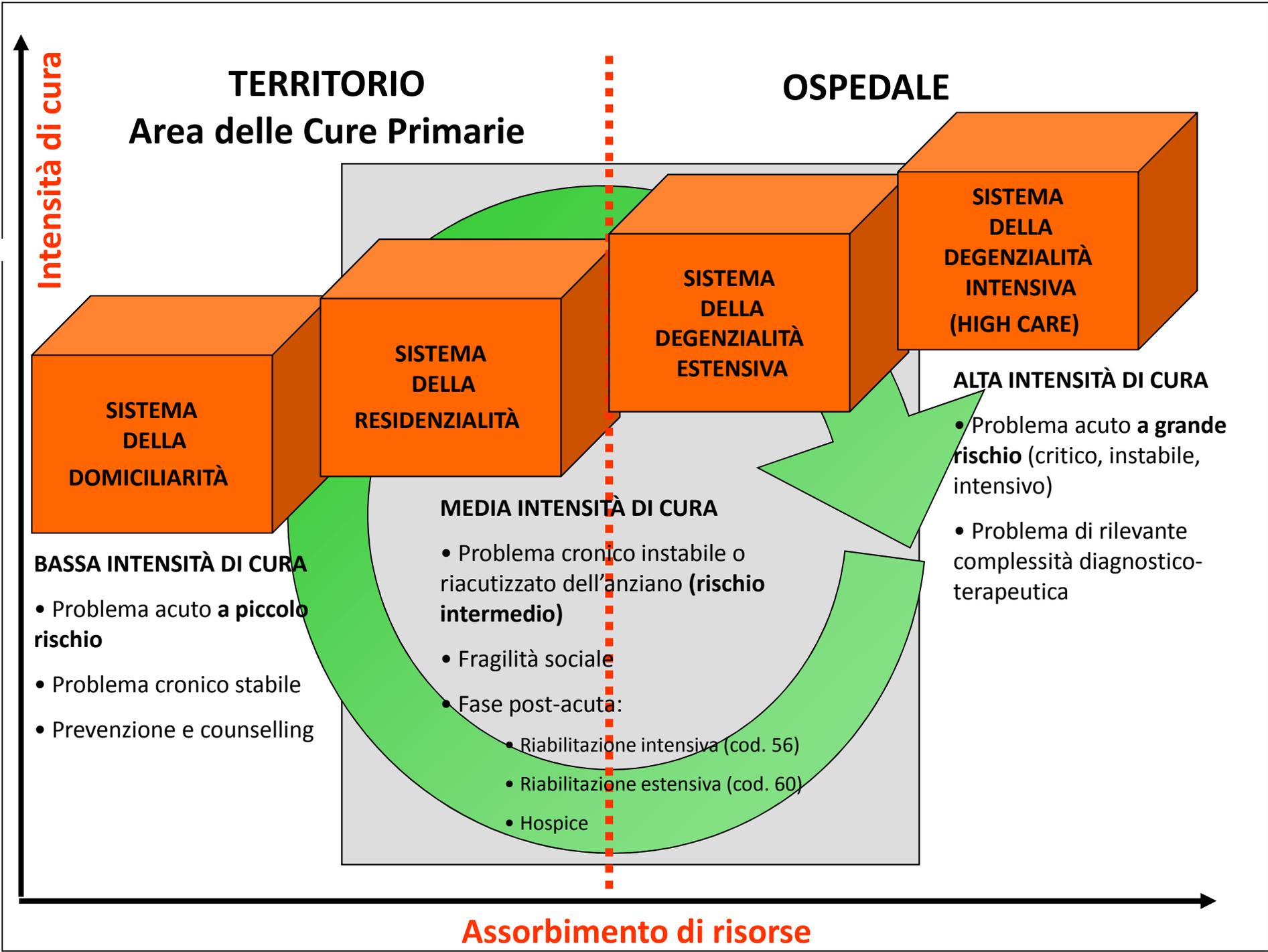
Perché una rete delle cure intermedie?



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale



Intensità di cura

TERRITORIO
Area delle Cure Primarie

OSPEDALE

SISTEMA DELLA DOMICILIARITÀ

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ

SISTEMA DELLA DEGENZIALITÀ ESTENSIVA

SISTEMA DELLA DEGENZIALITÀ INTENSIVA (HIGH CARE)

BASSA INTENSITÀ DI CURA

- Problema acuto a **piccolo rischio**
- Problema cronico stabile
- Prevenzione e counselling

MEDIA INTENSITÀ DI CURA

- Problema cronico instabile o riacutizzato dell'anziano (**rischio intermedio**)
- Fragilità sociale
- Fase post-acuta:
 - Riabilitazione intensiva (cod. 56)
 - Riabilitazione estensiva (cod. 60)
 - Hospice

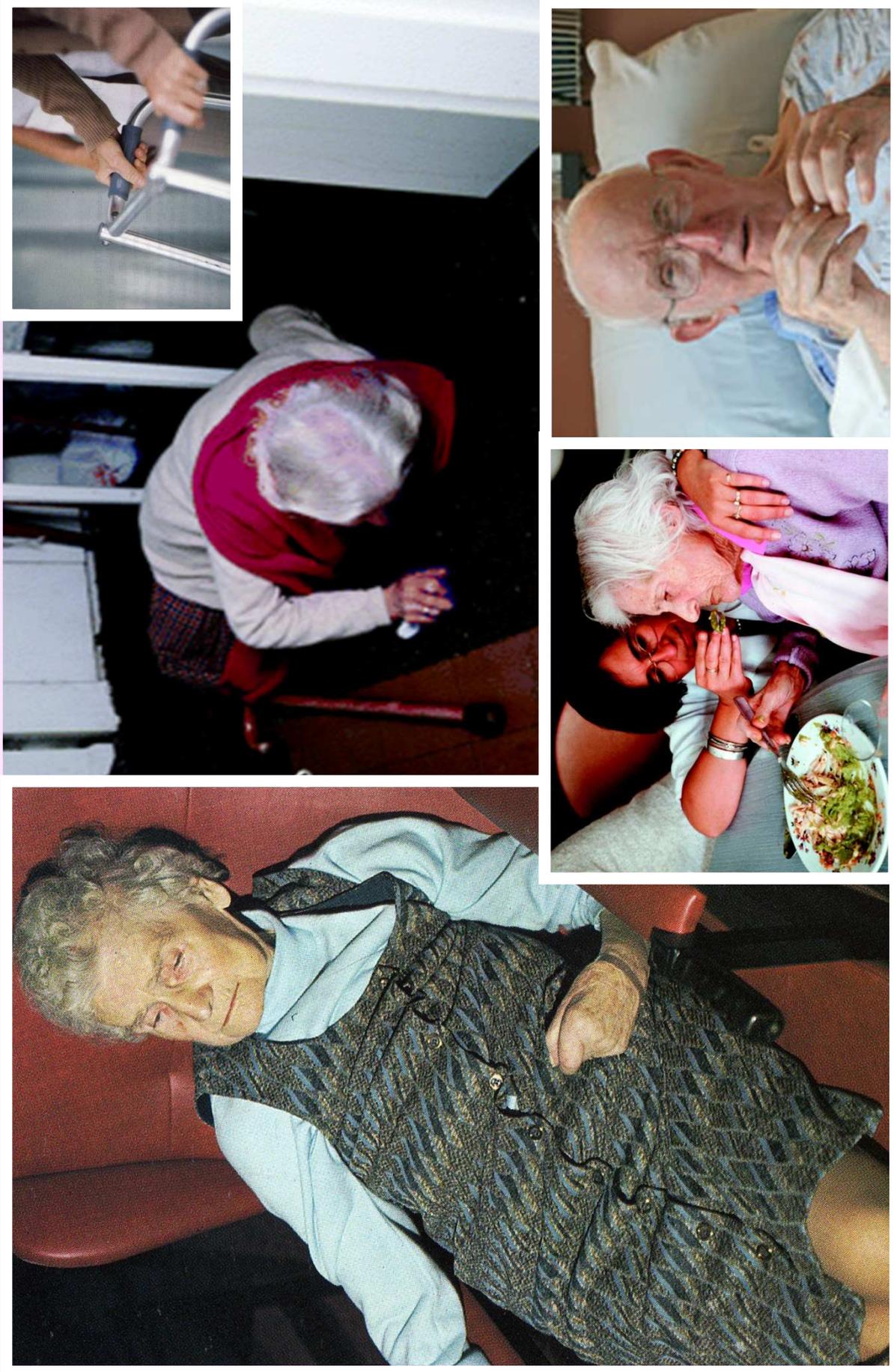
ALTA INTENSITÀ DI CURA

- Problema acuto a **grande rischio** (critico, instabile, intensivo)
- Problema di rilevante complessità diagnostico-terapeutica

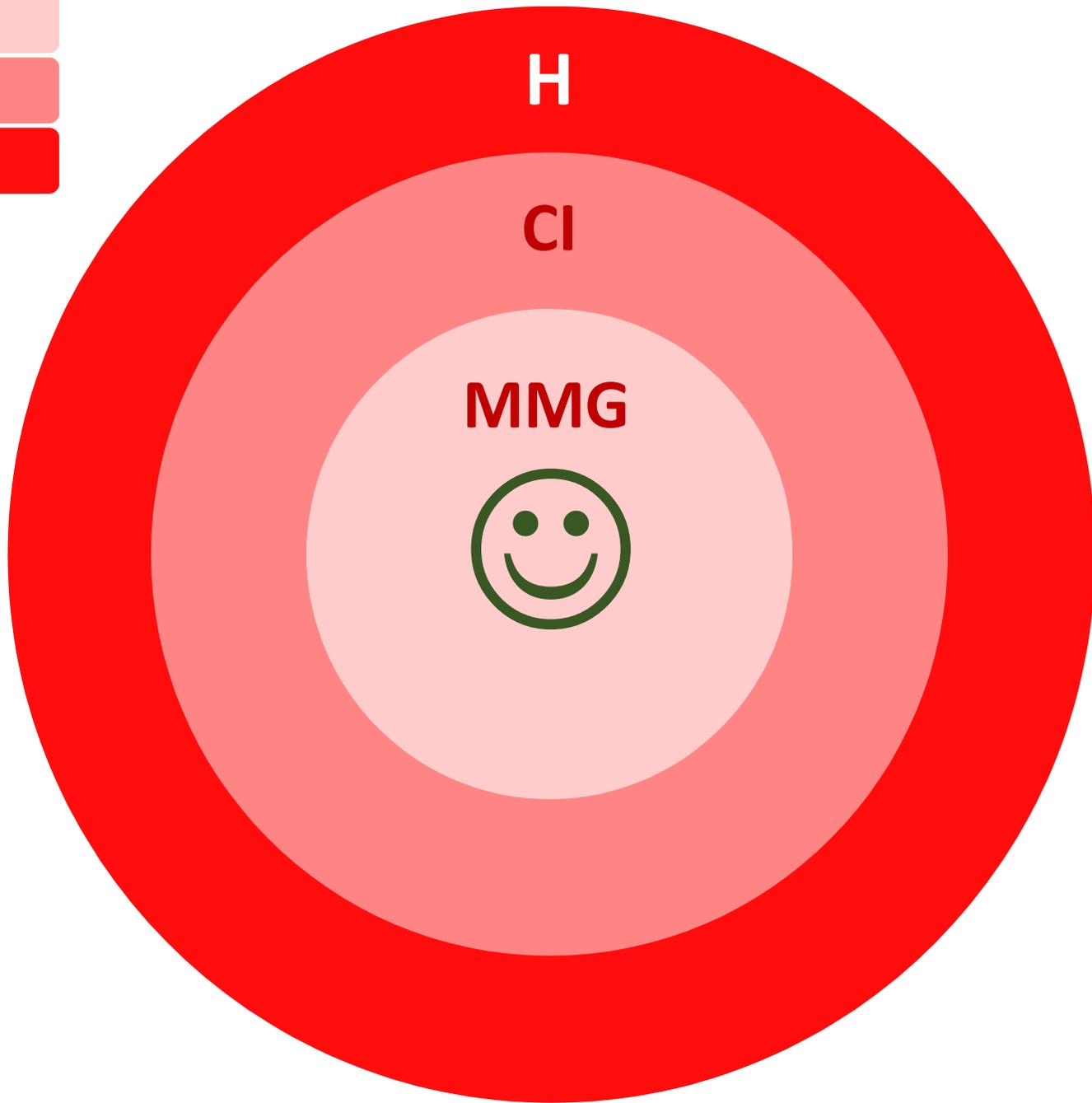
Assorbimento di risorse

Esiste un'ampia varietà di malati, prevalentemente anziani, fragili, multiproblematici, con co-morbidità, a **rischio «intermedio»**, che necessitano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza peraltro richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse e articolate, specifiche del momento ospedaliero (**Cure Intermedie**)





- e MMG
- e Cure Intermedie
- e Ospedaliera



Il contesto normativo

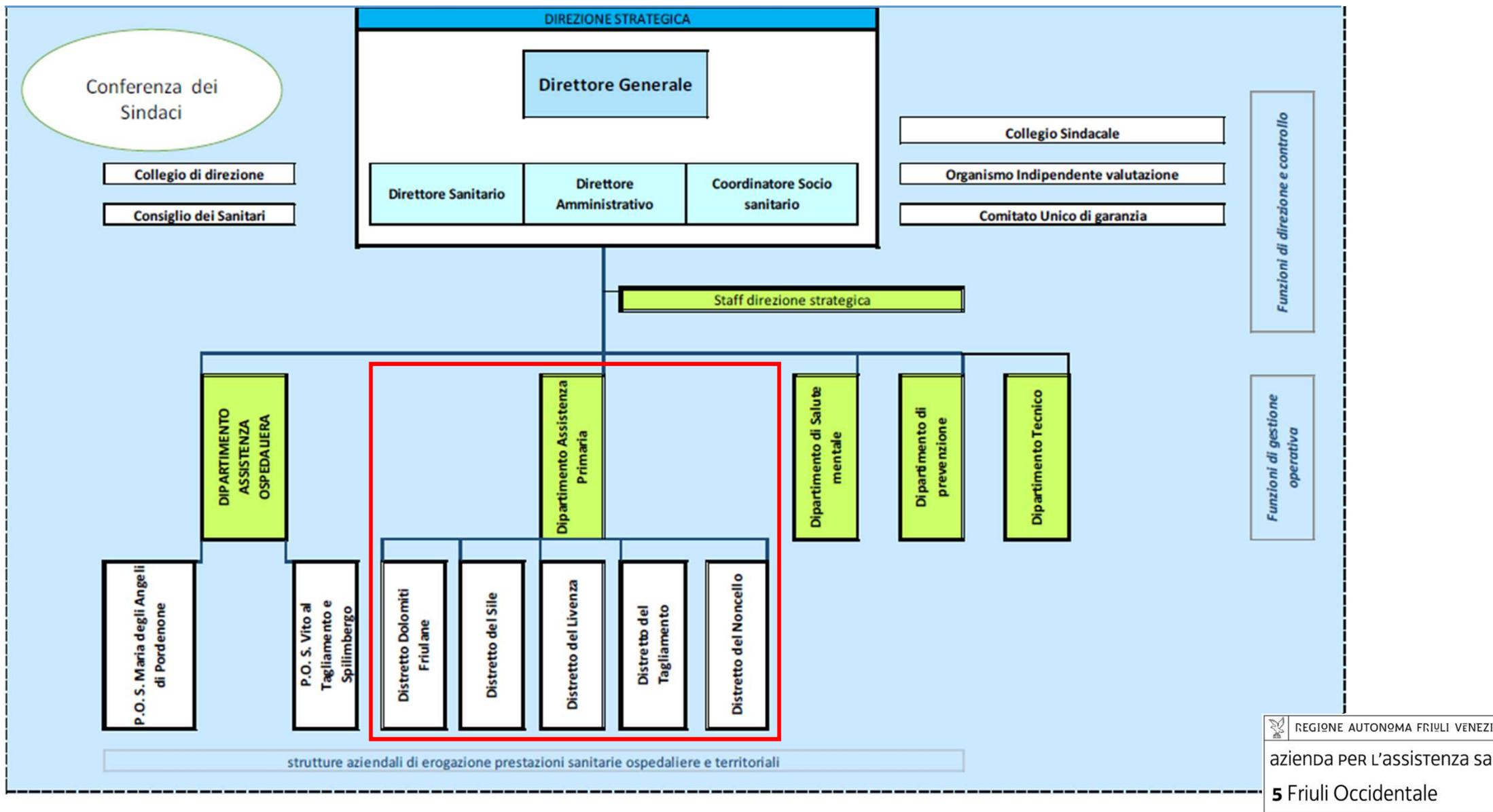
Disciplina di riferimento

- LR n° 17 del 14 ottobre 2014
- DGR n° 2673 del 30/12/2014 «*Approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera*»
- DGR n° 929 del 15 luglio 2015
- Decreto DG n° 714 del 30/12/2015 «Piano Attuativo Locale 2016»
- Decreto DC n° 110/SPS del 10/2/2016 di approvazione della proposta
- Decreto DG n° 100 dell'1/3/2016 «Adozione atto aziendale A.A.S. 5 Friuli Occidentale»
- Decreto DG n° 233 del 28/04/2016 «**Attivazione della Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale (DAPA)**»
- Decreto DG n° 230 del 28/04/2016 «**Attivazione della SC Rete delle Cure Intermedie**»
- Decreto DG n° 228 del 28/04/2016 «**Attivazione della Struttura Intermedia Polifunzionale di Sacile (SIP)**»

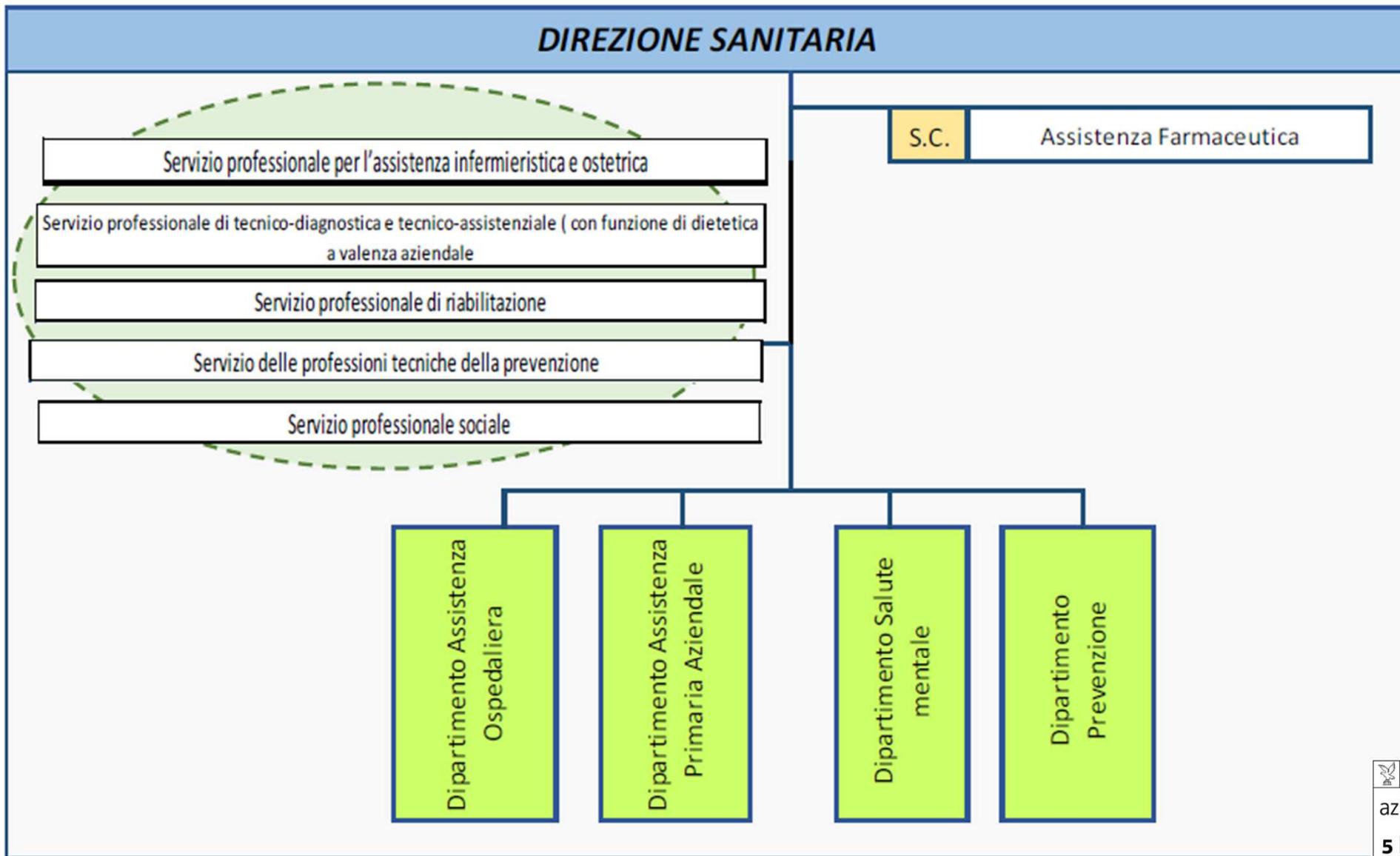
La nuova architettura dipartimentale

Decreto DG n° 100 dell'1/3/2016 «Adozione Atto Aziendale AAS n° 5 Friuli Occidentale»

Elementi caratterizzanti



Elementi caratterizzanti



Elementi caratterizzanti

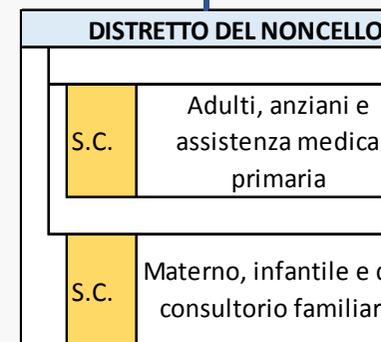
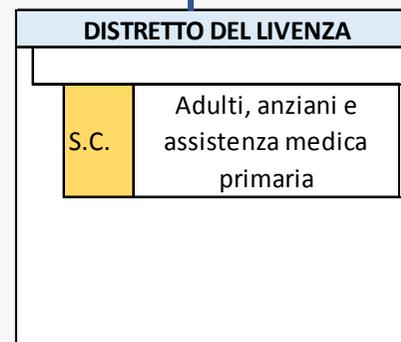
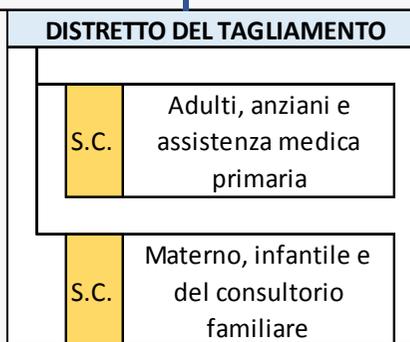
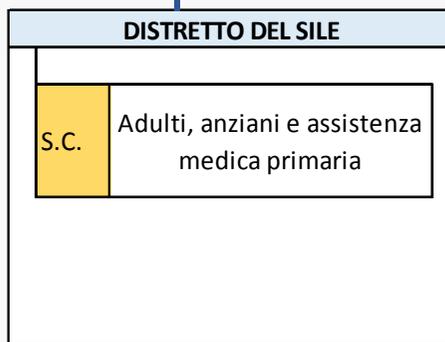
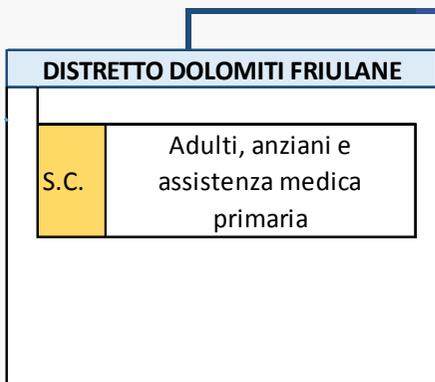
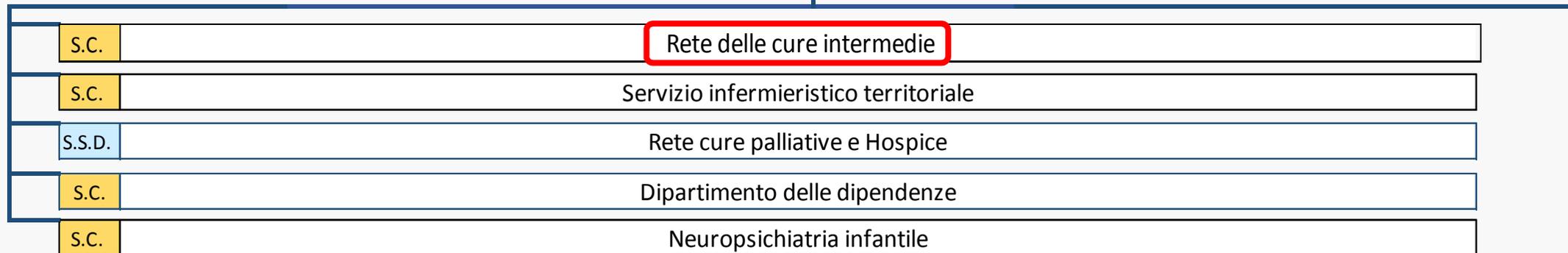
Sostenere modelli spinti di integrazione ospedale/territorio (DAPA/DAO)



Elementi caratterizzanti

Coordinamento unico dell'Assistenza Primaria

DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE



Governo coordinato delle strutture sanitarie residenziali dell'AAS n° 5

SC Rete delle Cure Intermedie (DAPA)

SIP di Sacile

Ospedale di Prossimità di Maniago (*SIP*)

RSA di Pordenone

RSA di Roveredo in Piano

RSA di Sacile

RSA di Azzano Decimo

RSA di San Vito al T.to



SC RETE DELLE CURE INTERMEDIE. QUALE MODELLO ORGANIZZATIVO?

	RSA	OdP Maniago	SIP Sacile
Modalità di accesso	Punto Unico di Accesso (PUA)	Punto Unico di Accesso (PUA)	Accesso diretto alla struttura residenziale con scheda di segnalazione. Strumenti di valutazione: MEWS + IDA
Gestione clinica	Medici di Continuità Assistenziale (MCA), diplomati al CeForMed o specializzati in Medicina Interna o Geriatria, per almeno 30 ore alla settimana , con il supporto tutoriale dei Dirigenti Medici (Internisti) della SIP di Sacile	Come RSA	La gestione clinica, assicurata da quattro Medici di Continuità Assistenziale, diplomati CeForMed, quattro Dirigenti Medici (Internisti), prevede la copertura dell'attività di assistenza sulle 24 ore per 7 giorni alla settimana
Responsabilità assistenziale	Personale infermieristico che fornisce prestazioni di differente peso assistenziale nelle 24 ore, coadiuvato dal personale di assistenza	Come SIP Sacile	Il personale infermieristico assume il ruolo di riferimento assistenziale di riferimento orientato alla presa in carico del paziente (Total Patient Care) e adotta, quali principi guida, il comportamento, l'approccio olistico e sistemico secondo i Modelli Funzionali della salute (Majory Gordon)
Intervento riabilitativo	Il FT (Fisioterapista) garantisce la valutazione e l'intervento riabilitativo in cooperazione con l'infermiere ed il personale di assistenza	Come RSA	Riabilitazione "d'iniziativa"

RSA, SIP, OdP e HOSPICE (AAS n° 5)

1 SEMESTRE 2016	RSA Pordenone	RSA Azzano X	OdP Maniago	RSA Roveredo	RSA Sacile	SIP Sacile (dal 2/5/16)	RSA San Vito	AAS 5	Hospice San Vito
P.L. medi nel periodo	18	25	30	24	28	28	26	179	10
Presenti inizio periodo	18	22	29	24	26	0	19	138	8
Ammessi	109	159	208	123	199	128	127	1.053	164
Dimessi	109	160	213	124	189	85	123	1.003	59
Deceduti	1	0	2	2	10	16	2	33	105
GG deg	3.117	3.952	4.505	4.145	4.768	1.471	3.312	25.270	1.388
Degenza media nell'anno	24,54	21,83	19,01	28,20	21,19	11,49	22,68	21,22	8,07
GG deg dimessi	3.036	3.865	4.535	4.111	4.794	1.239	3.202	24.782	1.361
Degenza media dei dimessi	27,60	24,16	21,09	32,63	24,09	12,27	25,62	23,92	8,30
Presenza media giornaliera	17,13	21,71	24,75	22,77	26,20	24,93	18,20	155,70	7,63
% occupazione media	95,15	86,86	82,51	94,89	93,56	89,04	69,99	86,74	76,26
Indice di turn-over	1,46	3,76	4,59	1,81	1,65	1,41	11,18	3,67	2,63
Indice di rotazione	6,06	6,36	6,93	5,13	7,11	4,57	4,88	5,88	16,40

Le disomogeneità rilevate all'interno delle strutture residenziali sanitarie dell'AAS n° 5 (tasso di occupazione, numero decessi, diversa provenienza e destinazione degli ospiti, ecc.) riflettono la **mancaza di strategie condivise e coordinate**, in assenza di una logica di governo complessivo della domanda e dell'offerta

La **geografia territoriale** (presenza o meno di presidio ospedaliero nelle vicinanze) sembra condizionare significativamente la tipologia dell'ospite accolto nella struttura ed i moduli funzionali prevalenti

Gli ospiti più gravi sono accolti, com'era ampiamente prevedibile, nell'Hospice di S. Vito e nella SIP di Sacile

L'RSA di Roveredo in Piano appare "sotto pressione" (% di occupazione media) anche per il frequente accoglimento di malati a "rischio intermedio", in condizioni di instabilità clinica, inappropriati per un contenitore residenziale tradizionale

L'avvio della neocostituita **SC Rete delle Cure Intermedie (02 maggio 2016)** e **l'implementazione della documentazione condivisa** (a far data dal 3 ottobre 2016) possono verosimilmente meglio garantire la continuità terapeutica in un circuito di continuità assistenziale e uniformare le modalità di approccio bio-psico-sociale all'ospite, migliorando il funzionamento dei servizi e degli interventi

In una logica di rete è senz'altro più facile ipotizzare una modalità di **assistenza residenziale per intensità di cura** (p.es. implementando posti letto di SUAP: Speciali Unità di Assistenza Protratta per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e di minima coscienza).

*The keynote of progress ... is system and organization,
in other words, TEAM WORK!
Charles H. Mayo*

*... and **heart and passion**,
in other words, ONE TEAM, ONE DREAM!
Giorgio Siro Carniello (AAS n° 5)*



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale