

LA TERRA DI MEZZO: L'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA DELLA RETE DELLE CURE INTERMEDIE IN AAS N.5

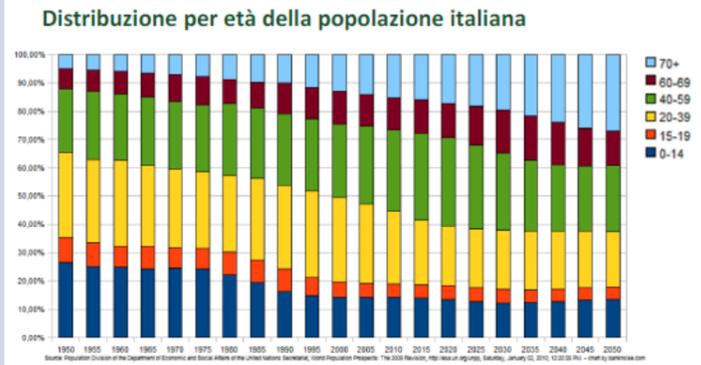
Giorgio Siro Carniello

Direttore Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale e SC Rete delle Cure Intermedie (giorgio.carniello@aaS5.sanita.fvg.it)

Annamaria Mezzarobba, D'Anna Little e Paola De Lucia

INTRODUZIONE

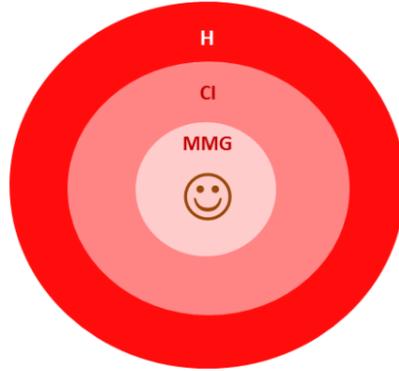
Fattori di ordine demografico e sociale sovrapposti alle strategie organizzative degli ospedali, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia, evidenziano nuove esigenze di cura e assistenza soprattutto legate alla cronicità.



Esiste un'ampia varietà di malati, in prevalenza 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 e intensività nell'approccio clinico, specifiche del momento ospedaliero (Cure Intermedie).

La legge di riordino del SSR del FVG (LR 17/2014), con l'obiettivo di adeguare il sistema di offerta ai bisogni emergenti di una società in profondo cambiamento, promuove la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi nell'area territoriale a garanzia della centralità del Cittadino.

Nel presidio ospedaliero di Sacile, oggi Presidio Ospedaliero per la Salute (PoPS), è stata avviata, dal 2 maggio 2016, l'attività di una nuova struttura sperimentale di tipo residenziale (Struttura Intermedia Polifunzionale), derivata dalla riconversione della SC Medicina Interna e Postacuzie di Sacile (28 pl), a completamento di un lungo percorso di riprogettazione dell'offerta sanitaria liventina, già in atto dalla seconda metà degli anni '90, noto come «Modello Sacile».



Rete MMG
Rete Cure Intermedie
Rete Ospedaliera



PROGETTO

L'AAS n.5, con l'adozione dell'Atto Aziendale, ha modificato profondamente l'assetto organizzativo aziendale e ridisegnato l'architettura dipartimentale, in coerenza con le finalità e gli obiettivi della LR 17/2014. Un originale esempio di innovazione organizzativa è senz'altro rappresentato dalla gestione coordinata di cinque tradizionali strutture residenziali sanitarie (RSA) e di due nuove SIP (Strutture Intermedie Polifunzionali di Sacile e di Maniago), attraverso l'istituzione della SC Rete delle Cure Intermedie. In particolare la SIP di Sacile si delinea come un modello organizzativo clinico-assistenziale e riabilitativo, con caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero per acuti e le altre possibili risposte assistenziali residenziali e domiciliari.

OBIETTIVI

L'innovazione organizzativa ed assistenziale si propone di:

- Ottimizzare i percorsi ospedale-territorio garantendo un'offerta sanitaria e sociosanitaria per intensità di cura, appropriata, sostenibile e di qualità, attraverso l'integrazione di interventi, servizi e professionisti.
- Favorire l'appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale anche avvalendosi di strumenti di integrazione multiprofessionale standardizzati, quali MEWS + IDA (Modified Early Warning Score e Indice di Dipendenza Assistenziale), PAI (Piano Assistenziale Integrato), Nursing Care Plan e Briefing integrato.
- Promuovere l'autonomia clinica e organizzativa degli Infermieri e dei Fisioterapisti nell'erogazione delle cure e degli interventi attraverso competenze diversificate in relazione alla complessità clinico-assistenziale, allo scopo di rendere le persone capaci di migliorare, di mantenere o di recuperare la salute e di realizzare la miglior qualità di vita possibile.
- Favorire la partecipazione delle famiglie e dei care giver nei progetti di cura e assistenza secondo il modello «Family Centered Care».

DESCRIZIONE

	RSA	SIP Maniago	SIP Sacile
Modalità di accesso	Punto Unico di Accesso (PUA)	Punto Unico di Accesso (PUA)	Accesso diretto alla struttura con scheda di segnalazione. Strumenti di valutazione: MEWS + IDA
Gestione clinica	Medici della Continuità Assistenziale diplomati al CeForMed per almeno 30 ore alla settimana , con supporto dei Medici Internisti strutturati della SIP di Sacile	Come RSA	La gestione clinica, assicurata da quattro Medici di Continuità Assistenziale, diplomati CeForMed, e da quattro Medici Internisti strutturati, prevede la copertura dell'attività di assistenza sulle 24 ore per sette 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 modello assistenziale di riferimento orientato alla presa in carico (Total Patient Care) e adotta, quali principi di comportamento, l'approccio olistico e sistemico secondo i Modelli Funzionali della salute (Majory Gordon)
Intervento riabilitativo	Il fisioterapista garantisce la valutazione e l'intervento riabilitativo in cooperazione con l'infermiere e il personale di assistenza	Come RSA	Riabilitazione "d'iniziativa"

DATI SIP SACILE

DAL 2/05/2016 AL 31/07/2016

Ingressi	181
Dimissioni	154
Provenienza	
Punto di Primo Intervento (PPI)	5,9%
Pronto Soccorso (PS)	4,6%
OSPEDALE	72,6%
Medico di Medicina Generale (MMG)	16,3%
Degenza media dimessi (escludendo i ricoveri di 1 e 0 giorni)	12,9
Tasso di occupazione	88,7
Presenza media giornaliera	24,8
Numero di gg. tra segnalazione e ricovero	2,7

RISULTATI DI PROCESSO

Indicatore	Frequenza	%
Presenza di progetto assistenziale integrato (PAI)	144	94,1
PAI condiviso con care giver	91	59,5
Paziente accolta entro 4 gg. dalla segnalazione	111	72,5
Prevista la co-progettazione con Punto Unico di Accesso (PUA)	108	70,6
Intervento riabilitativo diretto	71	46,4

RISULTATI DI ESITO

Indicatore	Frequenza	%
Dimessi con diminuzione punteggio MEWS	63	41,2
Dimessi con aumento punteggio IDA	45	29,4
Dimessi con miglioramento indice ICA	18	11,8

CONCLUSIONI

Pur nel breve periodo di sperimentazione, il modello organizzativo della SIP di Sacile sembra in grado di garantire una efficace alternativa di cura e di assistenza per malati a rischio "intermedio", migliorando l'appropriatezza delle giornate di degenza ospedaliera, e promuovendo, ad un tempo, l'implementazione di modelli di assistenza infermieristica e FT di tipo professionale con il coinvolgimento attivo dei caregiver

Bibliografia

- Intermediate Care – Halfway Home, DH 2009
- Definire e programmare le cure intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani: metodi ed evidenza dal caso della Regione Emilia Romagna di Maria Pia Fantini, Giulia Pieri, Simona Rosa, Bianca Caruso, Andrea Rosso, Davide Pianori, Francesco Longo - Mecosan, 93-2015
- NHS Benchmarking Network, 2013; 2013; NHS Intermediate Care: a realist review and conceptual framework - Pearson et al, 2013
- Intermediate Care Project - Mirza, 2013
- National Audit of Intermediate Care Commissioner Report 2014
- Salute e Territorio, Le Cure Intermedie - giugno 2014
- Salute e Territorio, La gestione della Continuità - maggio-giugno 2011
- Assistenza Infermieristica e Ric. 2011; 30: 73-83