

LA STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE (SIP) DI SACILE NELLA RETE DELLE CURE INTERMEDIE

Sacile

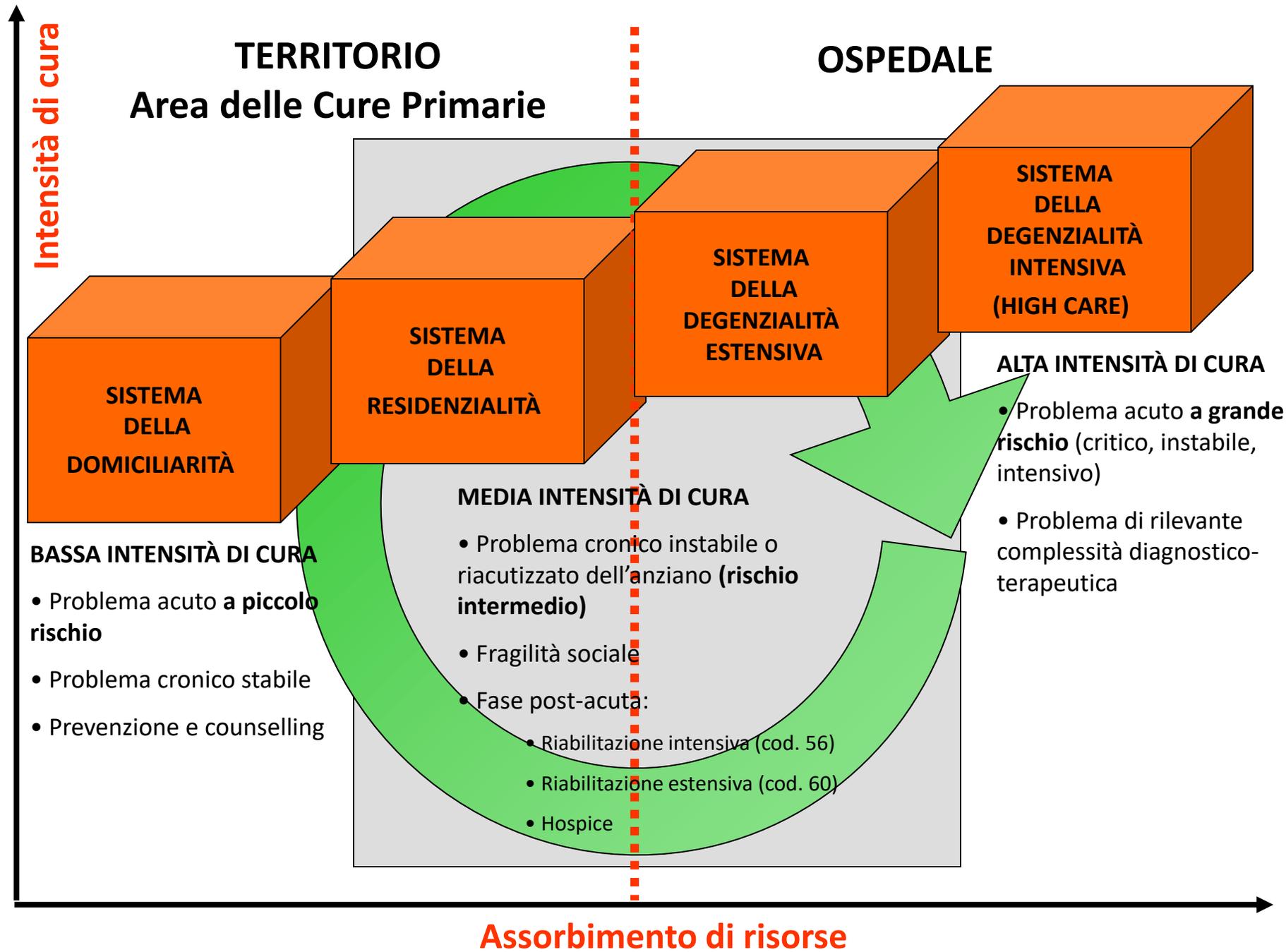
venerdì 28 ottobre 2016

A cura di **Giorgio Siro Carniello**

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



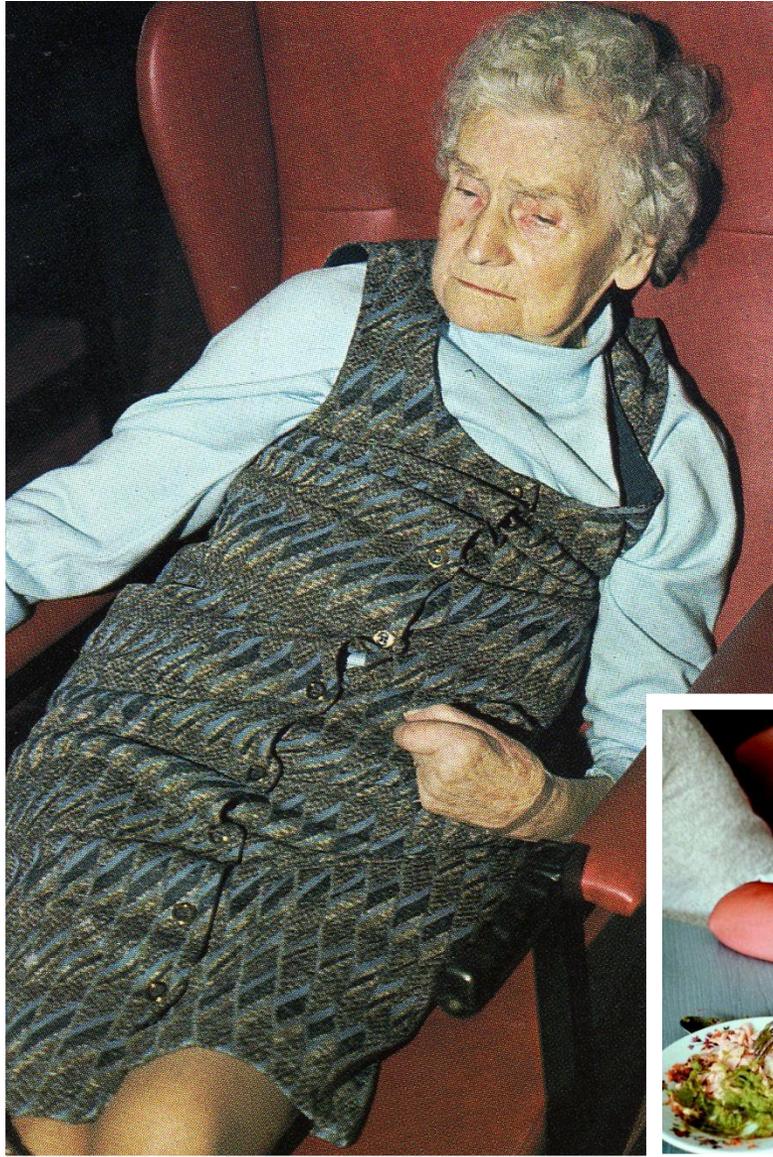
The framework



Il problema

Il problema

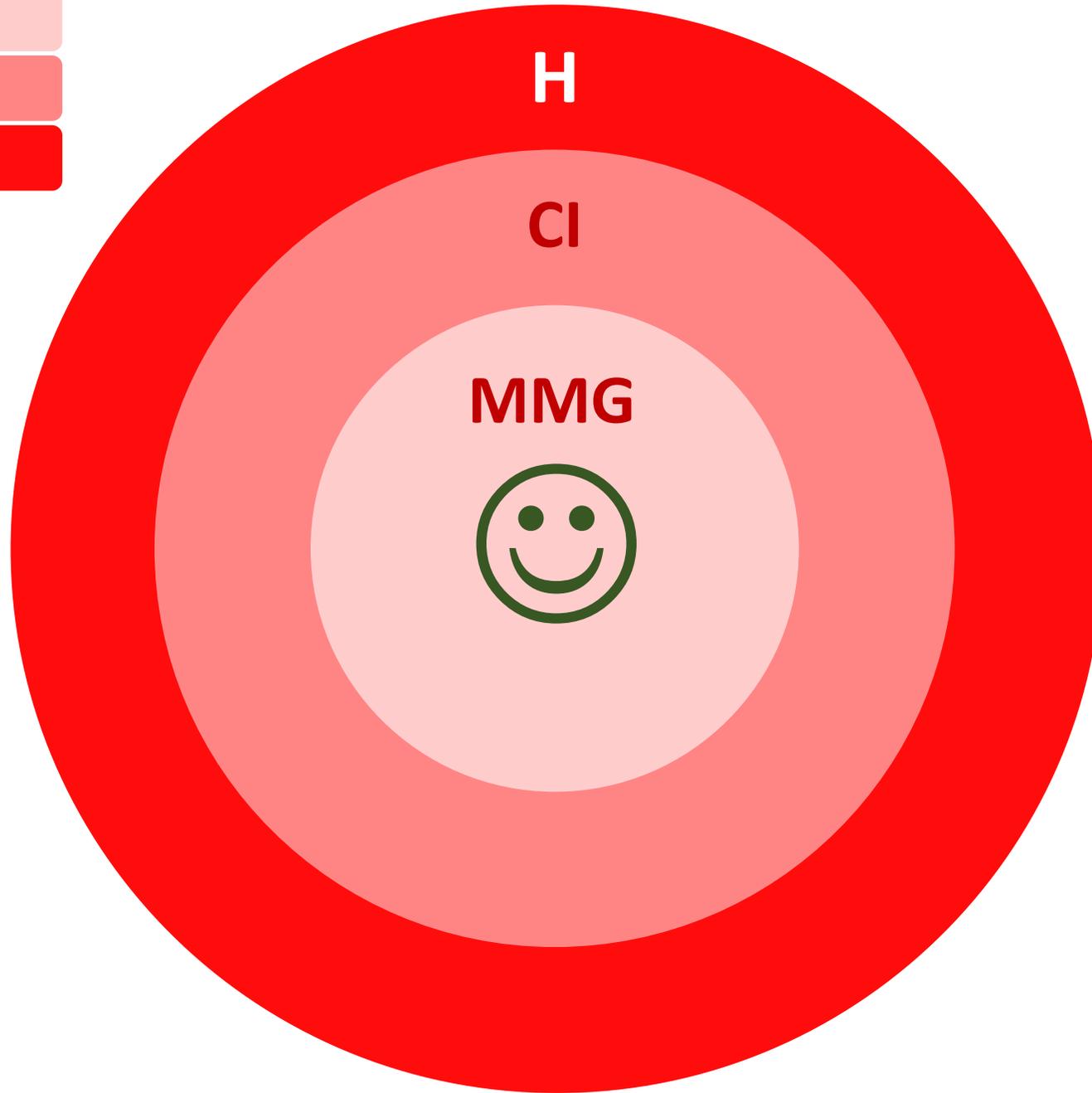
Esiste un'ampia varietà di malati, prevalentemente anziani, fragili, multiproblematici, con co-morbidity, a **rischio «intermedio»**, che necessitano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza peraltro richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse e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



Rete MMG

Rete Cure Intermedie

Rete Ospedaliera



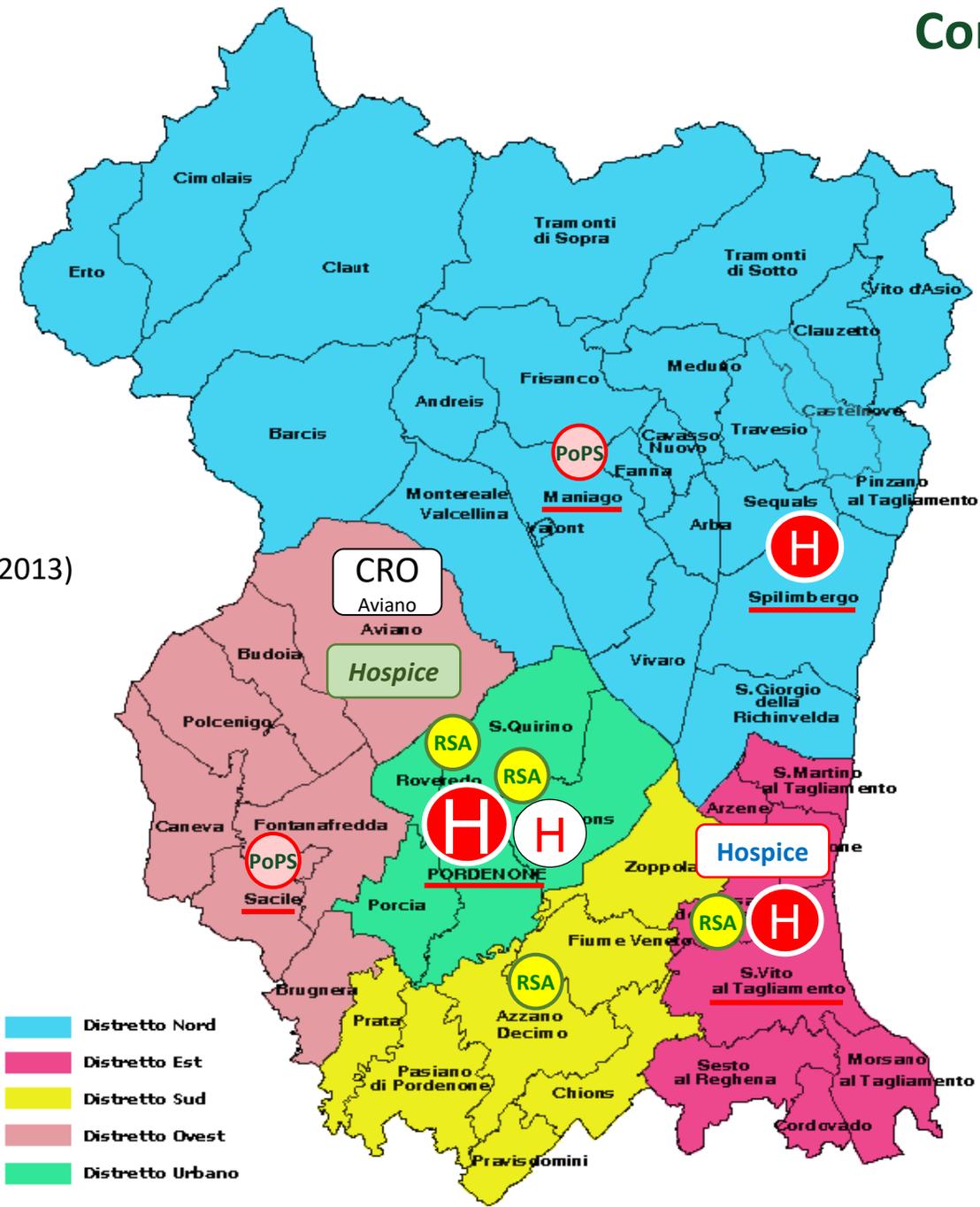
Il percorso

Come eravamo fino al 30 aprile 2016

LR 17/2014

Provincia di PORDENONE

Superficie 2.178 km²
 Abitanti 314.644 (31/12/2013)
 Densità 144,97 ab./km²
 Comuni 51



AAS n° 5 «Friuli Occidentale»

- IRCCS CRO Aviano
- Ospedale Hub (PN)
- CCP «S. Giorgio» (Pordenone)
- Ospedale di rete (S. Vito-Spilimbergo)
- **Presidi ospedalieri per la Salute**
 - Maniago
 - Ospedale di Prossimità (01/05/14)
 - Punto di Primo Intervento (01/05/14)
 - Sacile
 - **SC Medicina Interna e Postacuzie**
 - **Pronto Soccorso**
- RSA
- RSA e Hospice







Situazione al 30 aprile 2016

PS (8-20) e auto medicalizzata (20-8)
SC Medicina Interna e Postacuzie (28 pl)

Day Hospital (1 pl)
 Medicina di Gruppo (6+3 MMG)
 Riabilitazione ambulatoriale (SRT)
Day Surgery (10 pl)
 Cardiologia Preventiva e Riabilitativa
 Ambulatori specialistici (area medica e chirurgica)
 Dialisi (5 pl)

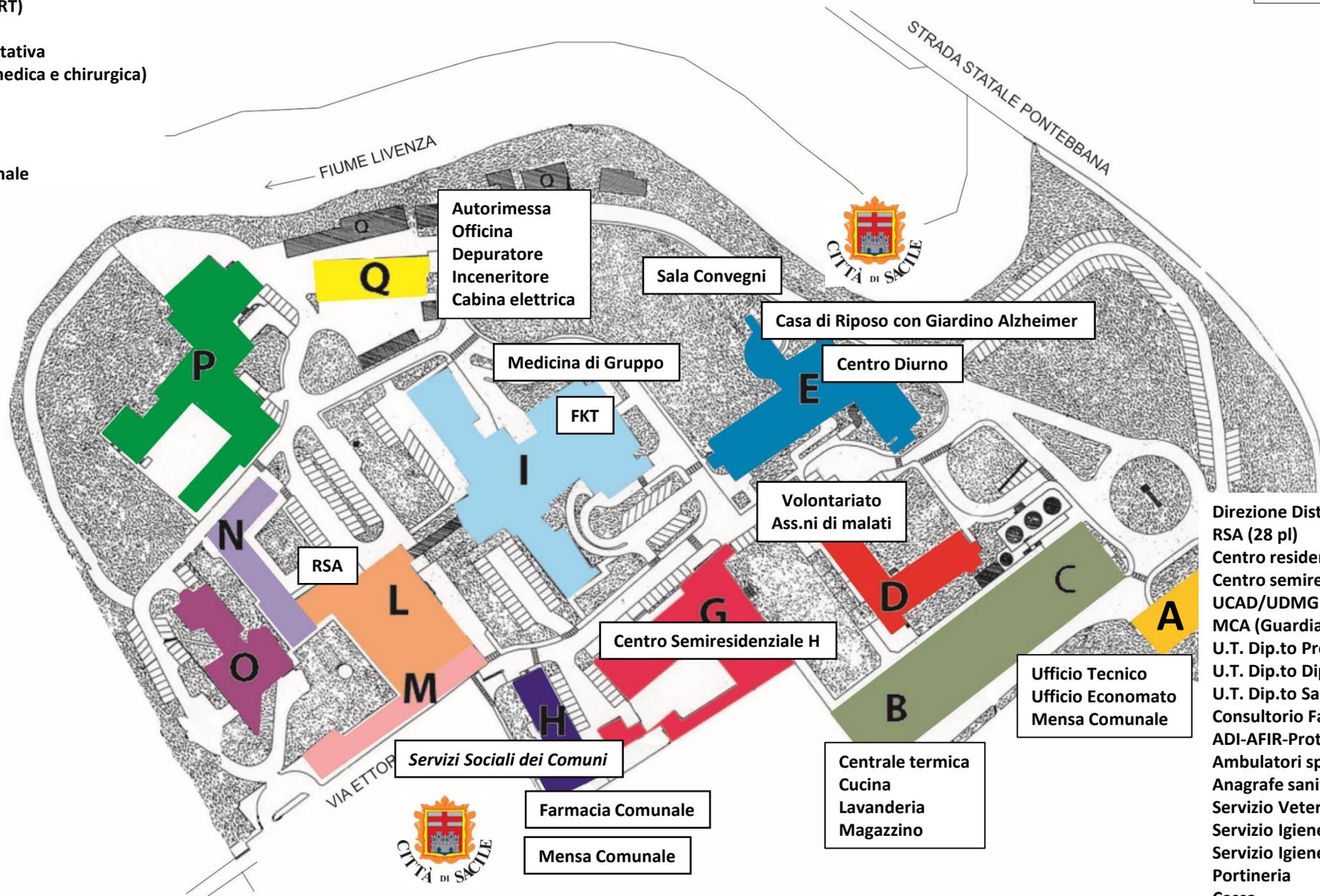
Pad. Meneghini

Laboratorio e Centro Trasfusionale

Pad. Agricola

Radiologia con ecografia

Pad. Ruffo



- LEGENDA:**
- A- PALAZZINA UFFICI
 - B- CUCINA E LAV.
 - C- CENTRALE TERMICA
 - D- PAD. VILLA GIARDINO
 - E- PAD. DIV. PSICHIATRICA
 - F- TUNNEL COLLEGAMENTO
 - G- PAD. COLONIA AGRICOLA
 - H- PAD. SAN GREGORIO
 - I- PAD. MENEGHINI
 - LM- PAD. RUFFO
 - N- CSM - ex SCUOLA INF
 - O- SERVIZI MORTUARI
 - P- PAD. SAN CAMILLO
 - Q- SERVIZI



Servizi Sociali dei Comuni

Farmacia Comunale

Mensa Comunale

Autorimessa
 Officina
 Depuratore
 Inceneritore
 Cabina elettrica

Sala Convegni

Casa di Riposo con Giardino Alzheimer

Medicina di Gruppo

Centro Diurno

FKT

Volontariato
 Ass.ni di malati

RSA

Centro Semiresidenziale H

Ufficio Tecnico
 Ufficio Economato
 Mensa Comunale

Centrale termica
 Cucina
 Lavanderia
 Magazzino

- Direzione Distretto
- RSA (28 pl)
- Centro residenziale "Gravi Gravissimi" (15)
- Centro semiresidenziale per disabili UCAD/UDMG
- MCA (Guardia medica)
- U.T. Dip.to Prevenzione
- U.T. Dip.to Dipendenze (SerT)
- U.T. Dip.to Salute Mentale (CSM)
- Consultorio Familiare e NPI
- ADI-AFIR-Protesica
- Ambulatori specialistici
- Anagrafe sanitaria
- Servizio Veterinario
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Servizio Igiene degli Alimenti
- Portineria
- Cassa



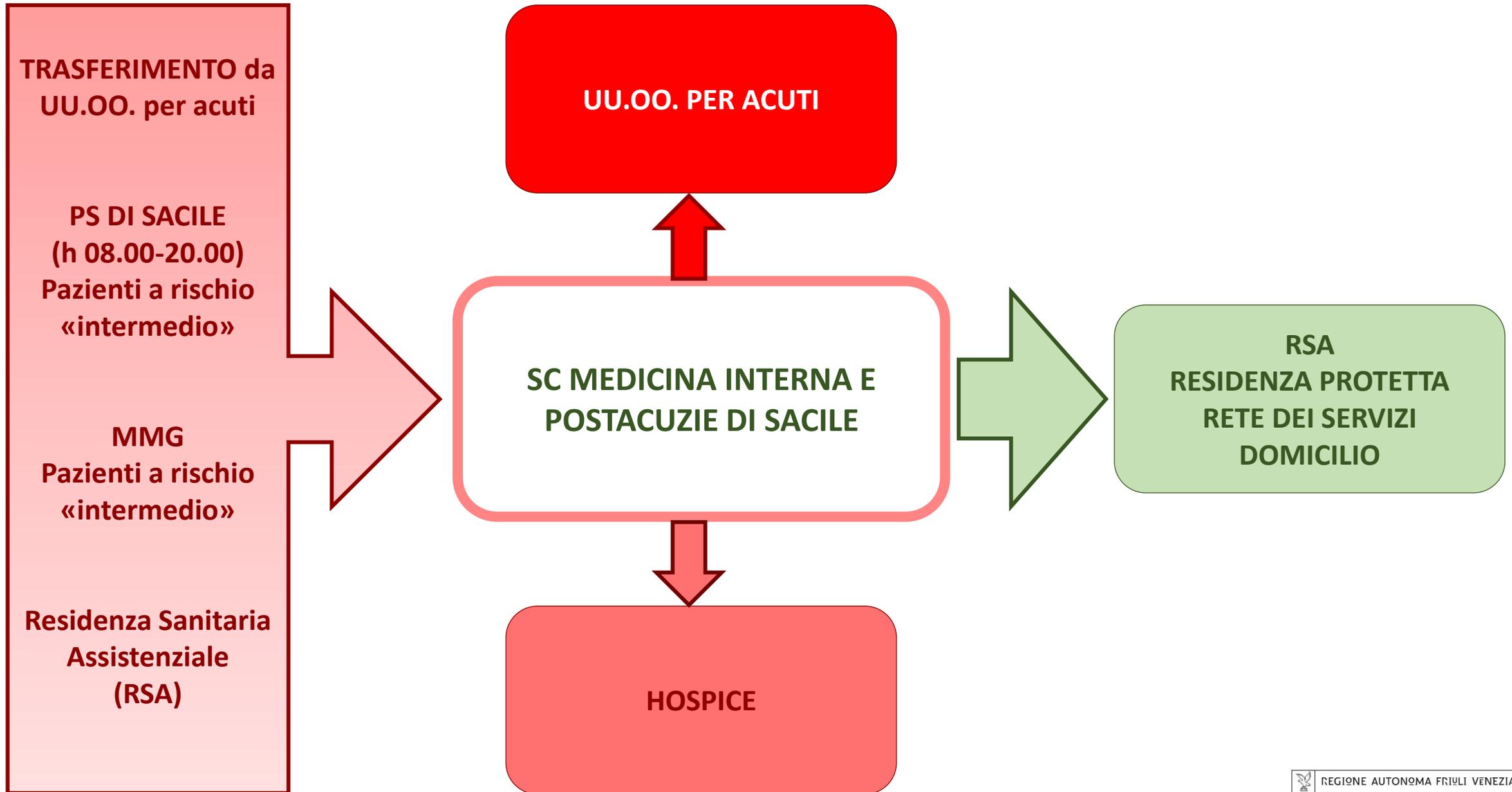
Schema planimetrico del padiglione Meneghini

Situazione al 30 aprile 2016



	ALA EST	ALA OVEST
4° piano	MEDICINA DI GRUPPO (6 MMG)	AMBULATORI FKT (SRT)
3° piano	SC MEDICINA INTERNA E POST-ACUZIE (28 pl)	
2° piano		MEDICINA DI GRUPPO (3 MMG)
1° piano	DAY SURGERY	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA SSD Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica
Piano rialzato	AMBULATORI E DAY HOSPITAL	PREVENZIONE CARDIOLOGICA SSD Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica

PADIGLIONE MENEGHINI



La legge (LR 17/2014)

	Sacile	Tipologia di attività	Note
Funzioni proprie	Centro Unico di Prenotazione	Prenotazione esami	
	Ambulatori specialistici	Visite, controlli, chirurgia ambulatoriale e terapie farmacologiche infusive, vaccinazioni, ecc.	Attività assicurata da medici convenzionati o appartenenti alle equipe del presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone
	Chirurgia ambulatoriale	Varie specialità	Attività assicurata da medici convenzionati o appartenenti alle equipe del presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone
	Centro per la fecondazione assistita		Attività assicurata dall'equipe della Procreazione medicalmente assistita del presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli di Pordenone
	Centro prelievi	Accettazione, prelievo, cassa e ritiro referti	
	Centro raccolta sangue	Accettazione e prelievo	Assicurato con postazione fissa o mobile
	Dialisi	6-8 PL	
	Postazione ambulanza tipo A	Soccorso territoriale con possibilità di far salire il medico a bordo	Presente H24
	Punto di primo intervento	Con point of care	Aperto H12-24
	Radiologia	Radiologia tradizionale ed ecografia	
	Residenza Sanitaria Assistenziale	30 PL per riabilitazione estensiva, modulo respiro, ecc.	
	Ospedale di comunità	8 PL per pazienti che per motivazioni varie non possono essere gestibili a domicilio	Pazienti seguiti dai medici di medicina generale
	Degenze internistiche	20 PL per cronicità, post-acuzie, stati vegetativi o di minima coscienza, ecc.	Pazienti stabilizzati seguiti da medici internisti o di continuità assistenziale
	Continuità assistenziale	Visite urgenti, prescrizioni, ecc.	Interna al presidio e domiciliare
	Centro diurno di salute mentale	Visite, terapie, riabilitazione, reinserimento sociale, ecc.	
	Dipendenze	Visite, terapie, riabilitazione, reinserimento sociale, alcoologia, ecc.	
	Materno-infantile	Percorso nascita, età evolutiva, disabilità, consultorio, vaccinazioni, ecc.	
	Riabilitazione	Visite e terapie	Con attività di riabilitazione cardiologica
	Assistenza protesica e AFIR	Prescrizione e consegna	
Assistenza infermieristica domiciliare	Accessi a domicilio, ambulatori infermieristici		
Medicina di gruppo		Associazione dei MMG	
Amministrazione	Anagrafe sanitaria, UVD, dimissioni protette, ecc.		



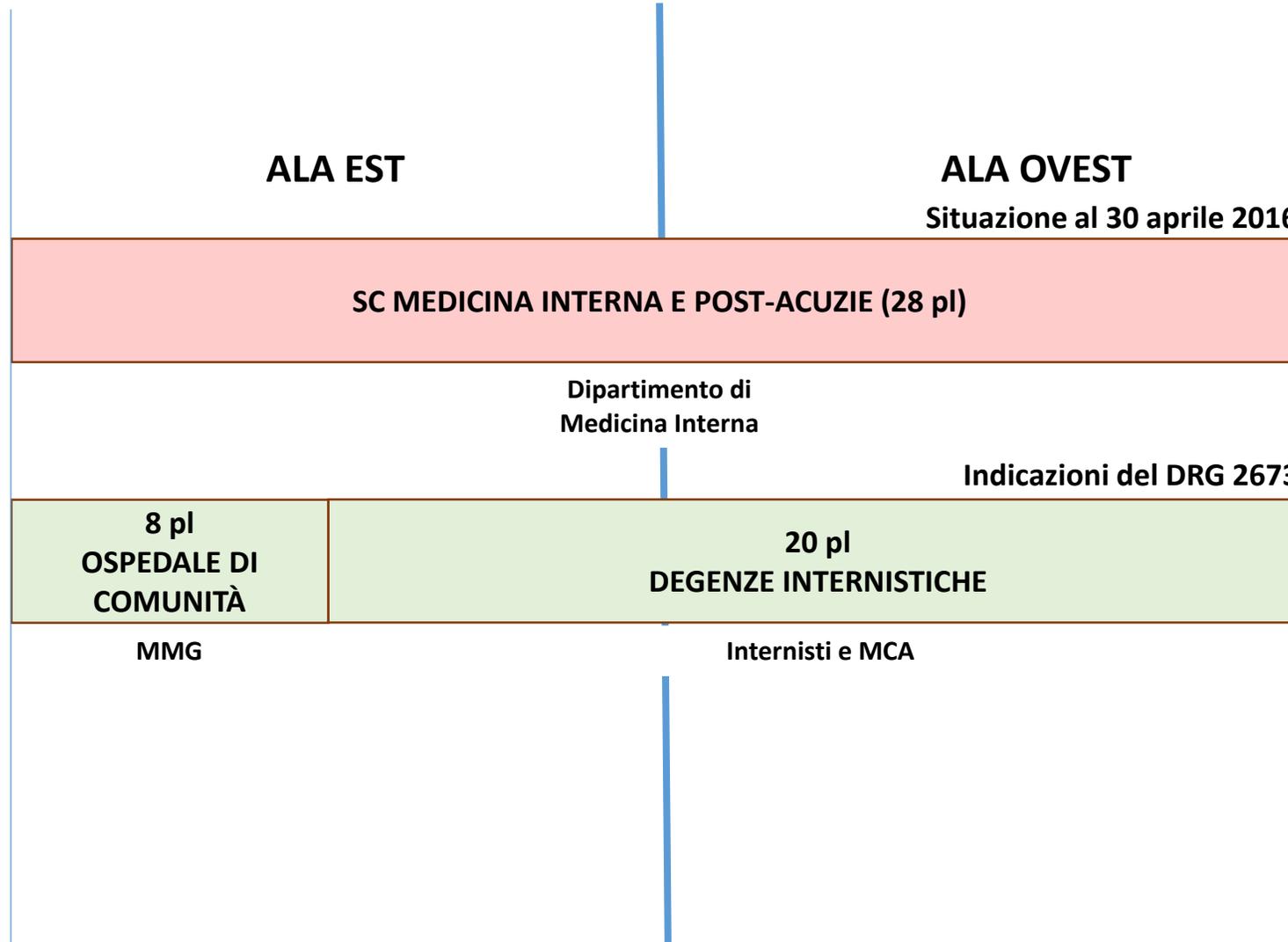
DGR 2673/30 Dicembre 2014 Allegato 1

Scheda POPS di Sacile

Residenza Sanitaria Assistenziale	30 PL per riabilitazione estensiva, modulo respiro, ecc.	
Ospedale di Comunità	8 PL per pazienti che per motivazioni varie non possono essere gestibili a domicilio	Pazienti seguiti dai Medici di Medicina Generale
Degenze Internistiche	20 PL per cronicità, post-acuzie, stati vegetativi o di minima coscienza, ecc.	Pazienti stabilizzati seguiti da Medici Internisti o da MCA
Continuità Assistenziale	Visite urgenti, prescrizioni, ecc.	Interna al presidio e domiciliare

3° piano del padiglione Meneghini: le indicazioni del DGR 2673 (30/12/2014)

3° PIANO PADIGLIONE MENEGHINI



AAS n° 5

La proposta

3° piano del padiglione Meneghini: la proposta

3° PIANO PADIGLIONE MENEGHINI

ALA EST

ALA OVEST
Situazione al 30 aprile 2016

SC MEDICINA INTERNA E POST-ACUZIE (28 pl)

Dipartimento di
Medicina Interna

La proposta

28 pl

STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE

Internisti, MMG, MCA, Infermieri, Fisioterapisti e OSS

Dal 02 maggio 2016

Decreto DG n° 228 del 28/04/2016

Attivazione SIP di Sacile

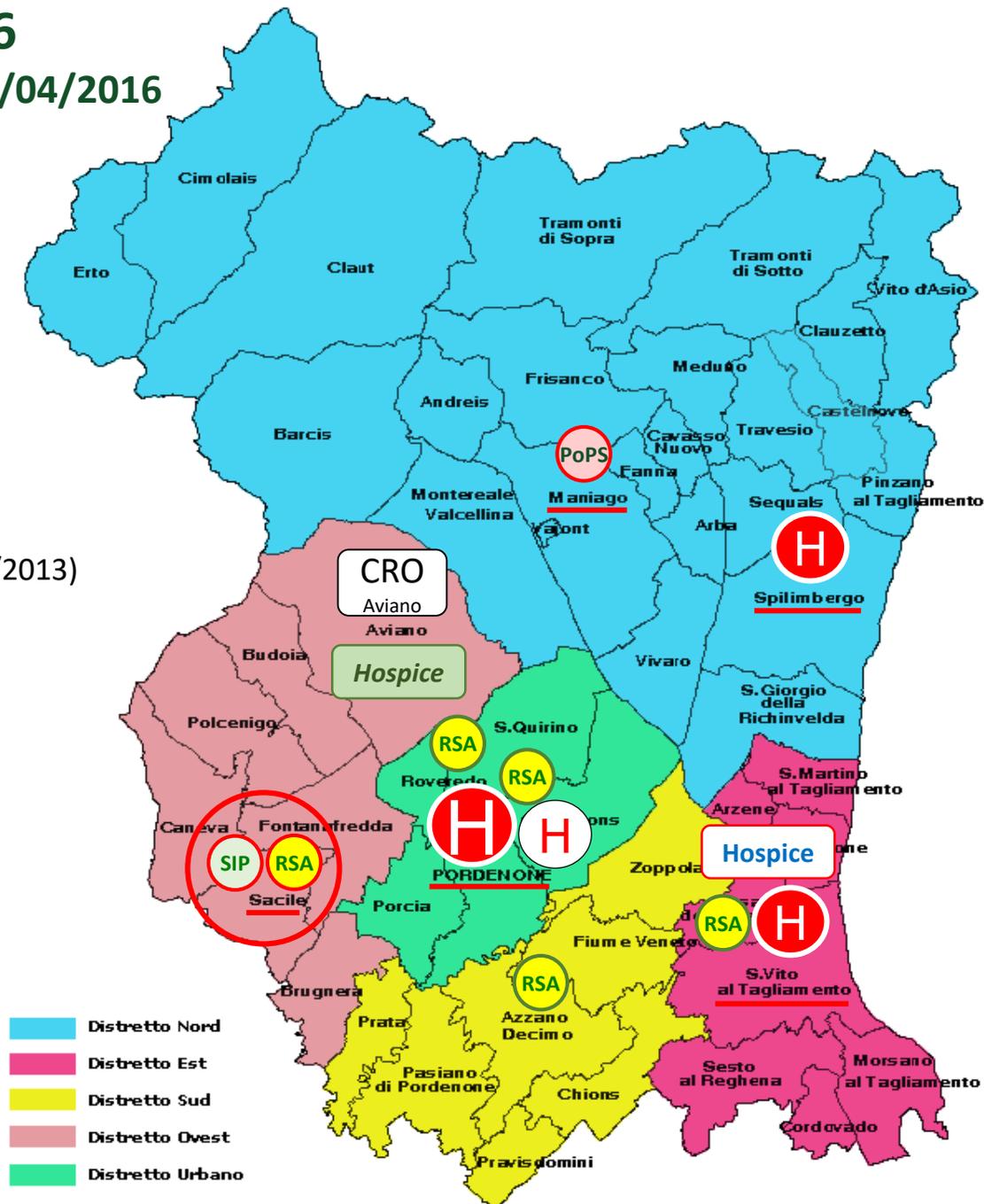
Provincia di PORDENONE

Superficie 2.178 km²

Abitanti 314.644 (31/12/2013)

Densità 144,97 ab./km²

Comuni 51



AAS n° 5 «Friuli Occidentale»

- IRCCS CRO Aviano
- Ospedale Hub (PN)
- CCP «S. Giorgio» (Pordenone)
- Ospedale di rete (S. Vito-Spilimbergo)

Presidi ospedalieri per la Salute

- Maniago
 - Ospedale di Prossimità
- Sacile
 - **Struttura Intermedia Polifunzionale**
 - **Punto di Primo Intervento**
 - RSA
- RSA e Hospice

Situazione dal 02 maggio 2016

- PPI (8-20) e auto medicalizzata (20-8)**
- Centro di Assistenza Primaria (9 MMG e 2 PLS)**
- Struttura Intermedia Polifunzionale (28 pl)**
- Riabilitazione ambulatoriale (SRT)
- Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
- Chirurgia ambulatoriale
- Cardiologia Preventiva e Riabilitativa
- Ambulatori specialistici (area medica e chirurgica)
- Dialisi (5 pl)

Pad. Meneghini

Laboratorio e Centro Trasfusionale

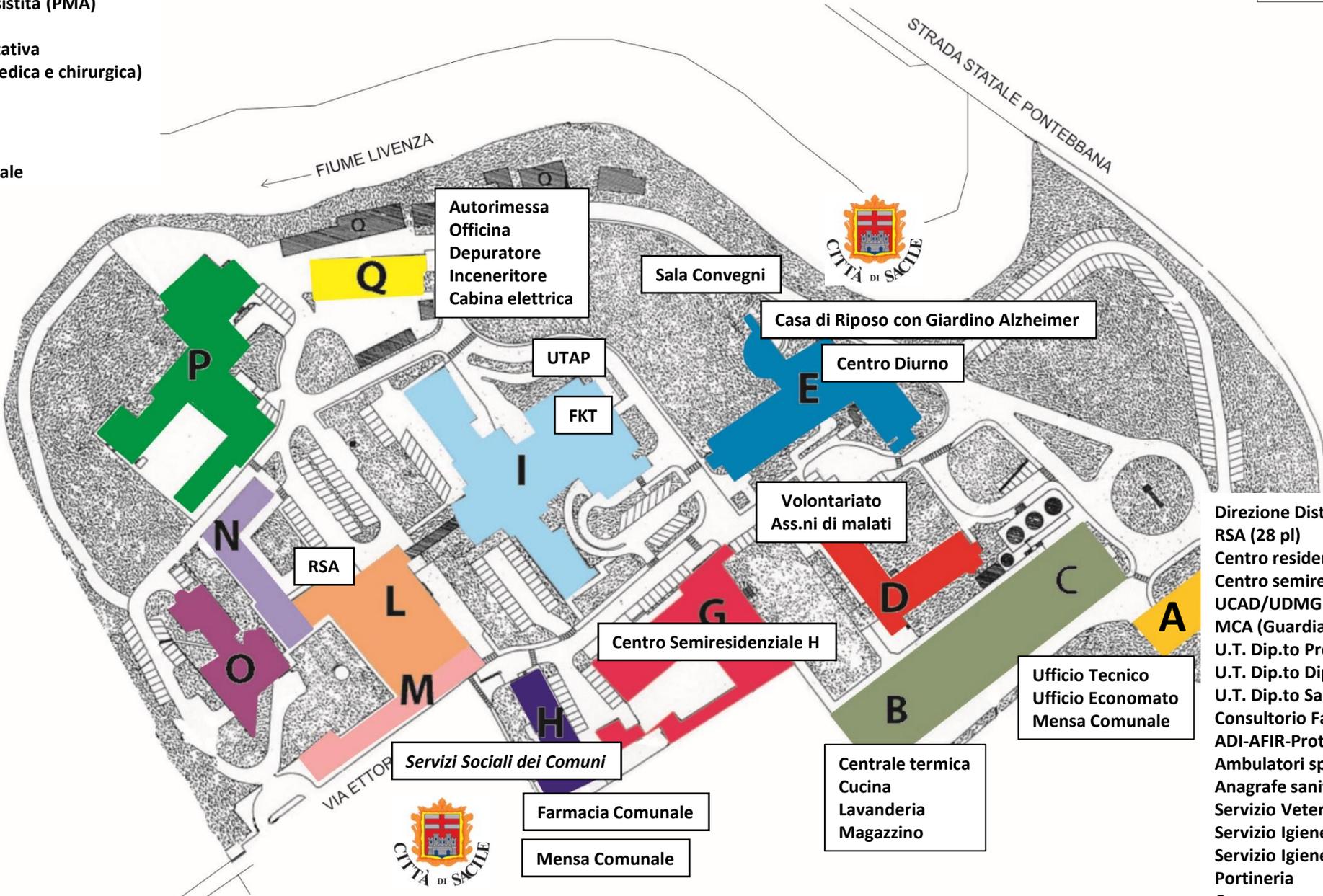
Pad. Agricola

Radiologia con ecografia

Pad. Ruffo

LEGENDA:

- A- PALAZZINA UFFICI
- B- CUCINA E LAV.
- C- CENTRALE TERMICA
- D- PAD. VILLA GIARDINO
- E- PAD. DIV. PSICHIATRICA
- F- TUNNEL COLLEGAMENTO
- G- PAD. COLONIA AGRICOLA
- H- PAD. SAN GREGORIO
- I- PAD. MENEGHINI
- LM- PAD. RUFFO
- N- CSM - ex SCUOLA INF
- O- SERVIZI MORTUARI
- P- PAD. SAN CAMILLO
- Q- SERVIZI



- Direzione Distretto
- RSA (28 pl)
- Centro residenziale "Gravi Gravissimi" (15)
- Centro semiresidenziale per disabili UCAD/UDMG
- MCA (Guardia medica)
- U.T. Dip.to Prevenzione
- U.T. Dip.to Dipendenze (SerT)
- U.T. Dip.to Salute Mentale (CSM)
- Consultorio Familiare e NPI
- ADI-AFIR-Protesica
- Ambulatori specialistici
- Anagrafe sanitaria
- Servizio Veterinario
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Servizio Igiene degli Alimenti
- Portineria
- Cassa

Schema planimetrico del padiglione Meneghini

Situazione al 02 maggio 2016



PADIGLIONE MENEGHINI



Promuovere concretamente il processo di **integrazione interprofessionale** (Internista, MMG/MCA, Infermiere, Fisioterapista e Personale di Assistenza)

Strutturare, condividere ed implementare i **percorsi assistenziali**

Orientare la struttura di offerta ai **bisogni della persona** in un contesto fortemente umanizzato con spazi ed interventi idonei alla socializzazione

Implementare nuovi **modelli organizzativi di assistenza infermieristica di tipo professionale**

Favorire il rientro a domicilio, evitando fenomeni di dimissione precoce e ricoveri ripetuti, attraverso protocolli di dimissione concordati col Distretto di residenza, assicurando la **continuità assistenziale** ed il pieno coinvolgimento del **Medico di Medicina Generale**

Promuovere in tutti gli operatori e in tutti gli interventi (sanitari e assistenziali) una **logica riabilitativa** in senso generale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP)

Chi accoglie?

Fase Post-Acuta residenziale intermedia

- Pazienti post-acuti non ancora in grado di essere gestiti a domicilio
- Pazienti in riabilitazione cardiologica estensiva
- *Pazienti con problemi alcolologici in riabilitazione*
- *Pazienti con gravi cerebro-lesioni acquisite*

Fase extra-ospedaliera a rischio «intermedio»

- Pazienti selezionati provenienti dal Punto di Primo Intervento
- Pazienti selezionati dai MMG

secondo criteri clinici e percorsi che saranno oggetto di regolamentazione

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					

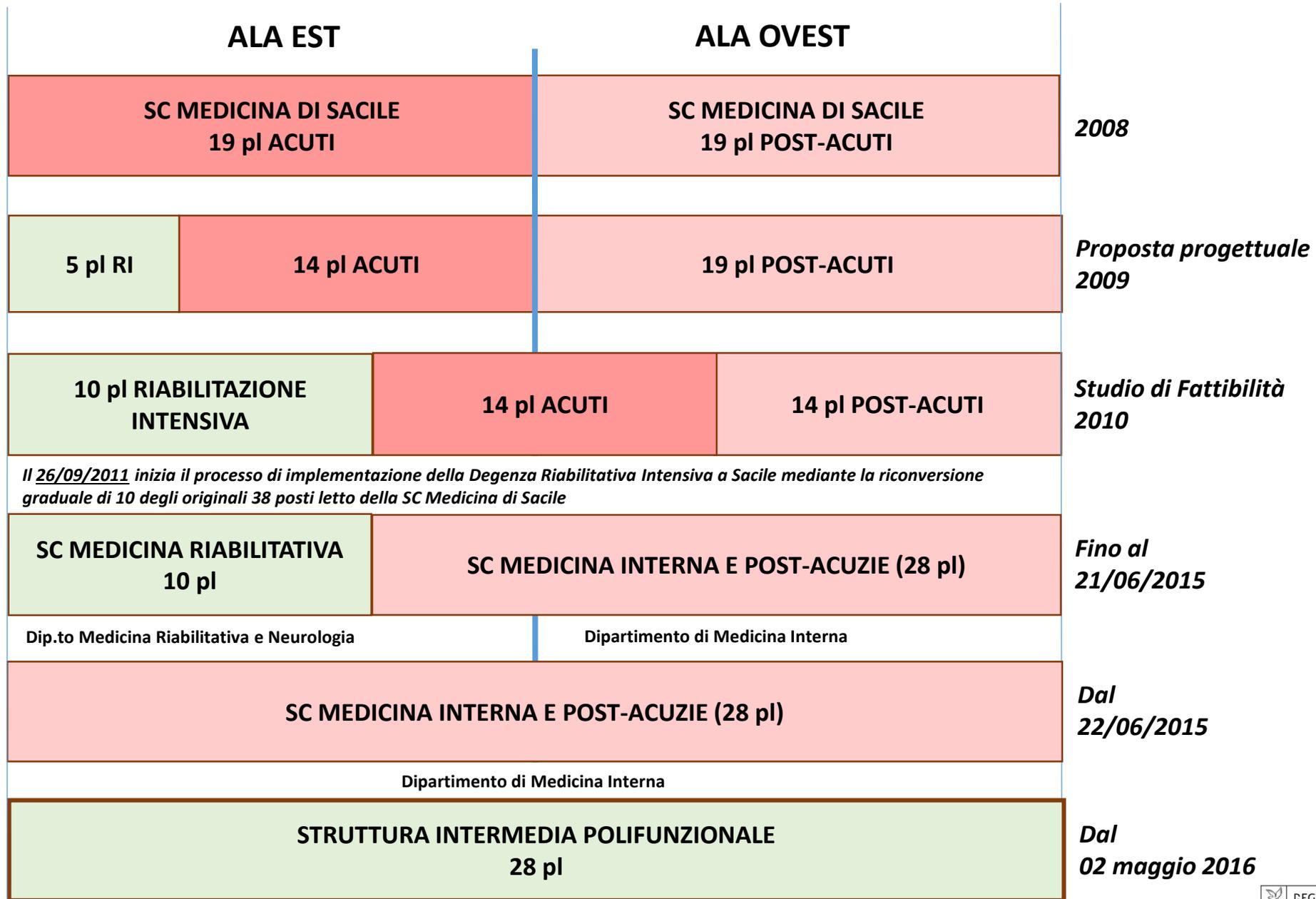
ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE		IGIENE CONFORT		MOBILIZZAZIONE		RESPIRAZIONE		SCORE
1	NPT NE artificiale. Disfagia grave	1	Incontinenza urinaria e fecale permanente. Gestione stomia	1	Igiene totale a letto. Assenza di collaborazione	1	Dipendente/Allettato. Necessità di sollevatore	1	Ventilazione 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 verbali. 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

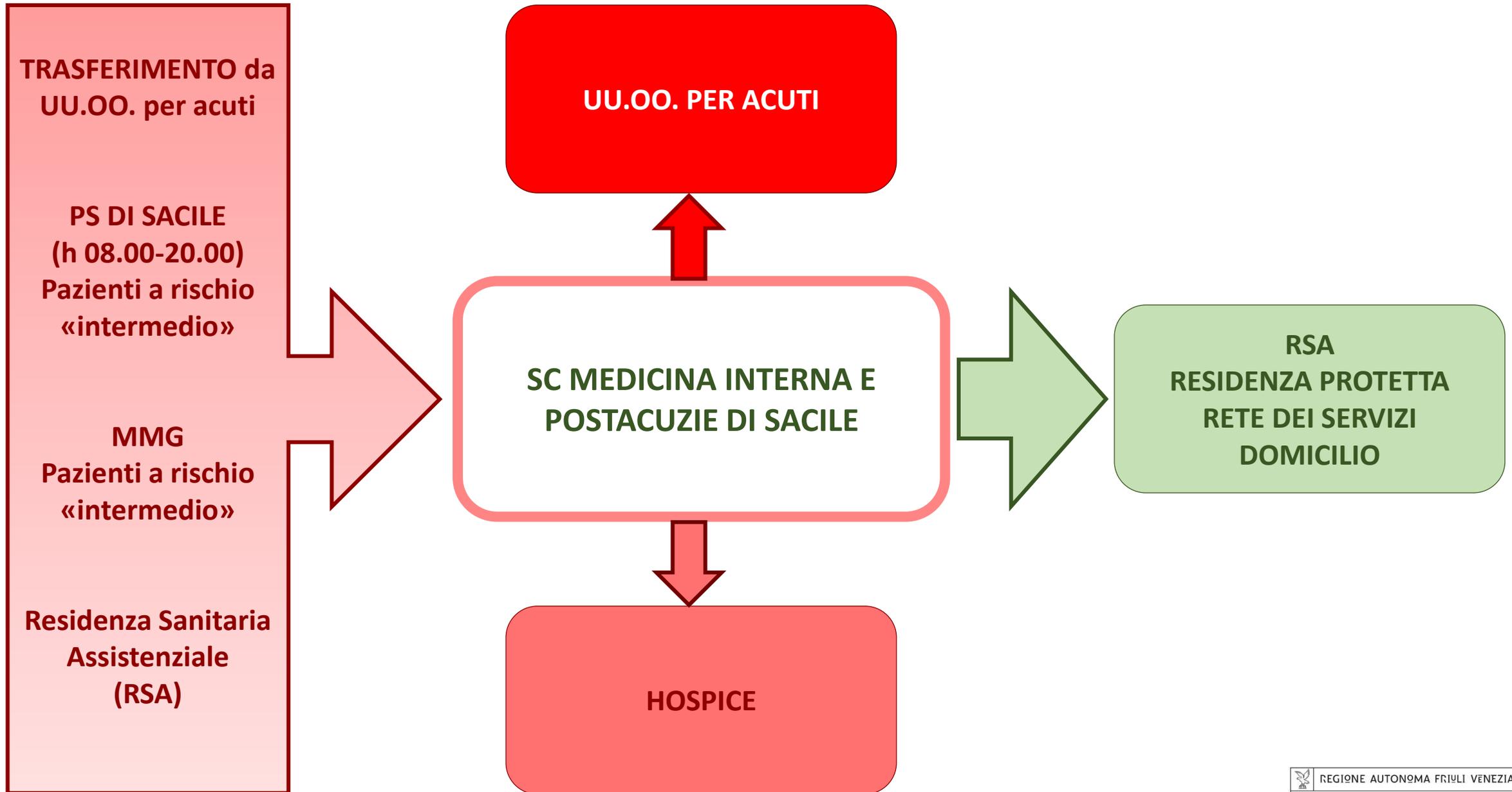
	IDA 20-28 0	IDA 12-19 1	IDA 7-11 2
MEWS 0-2 0	BASSA	MEDIA	ALTA
MEWS 3-4 1	MEDIA	MEDIA	ALTA
MEWS > 5 2	ALTA	ALTA	ALTA

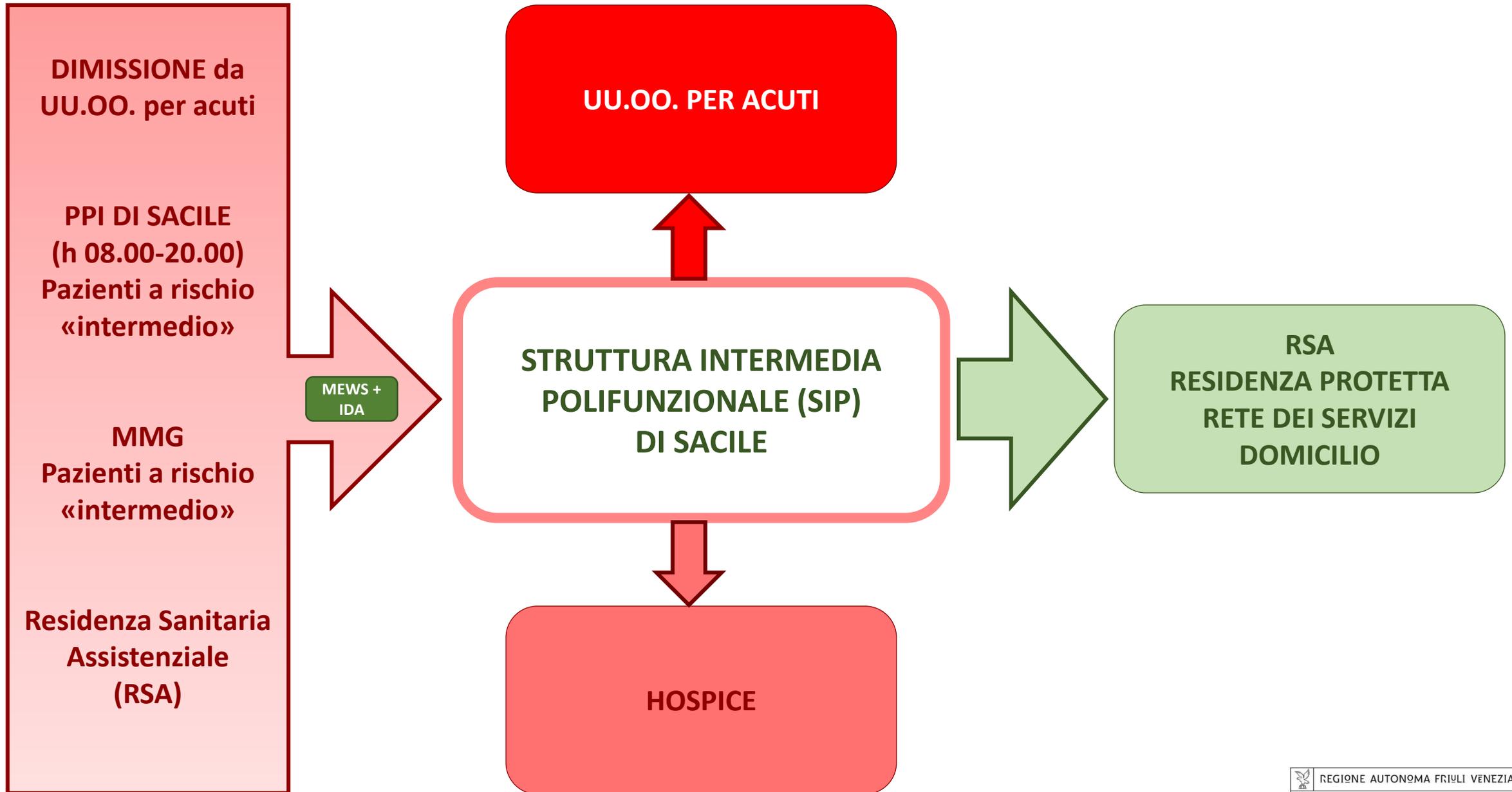
Le tappe di un cambiamento

3° PIANO PADIGLIONE MENEGHINI



Presidio ospedaliero per la Salute di Sacile





**DIMISSIONE da
UU.OO. per acuti**

**PPI DI SACILE
(h 08.00-20.00)
Pazienti a rischio
«intermedio»**

**MMG
Pazienti a rischio
«intermedio»**

**Residenza Sanitaria
Assistenziale
(RSA)**

**MEWS +
IDA**

UU.OO. PER ACUTI

**STRUTTURA INTERMEDIA
POLIFUNZIONALE (SIP)
DI SACILE**

HOSPICE

**RSA
RESIDENZA PROTETTA
RETE DEI SERVIZI
DOMICILIO**

Dal 02 maggio 2016

Decreto DG n° 230 del 28/04/2016

Attivazione SC Rete delle Cure Intermedie

LA TERRA DI MEZZO

AAS n° 5 «Friuli Occidentale»

SC Rete delle Cure Intermedie

(DAPA)

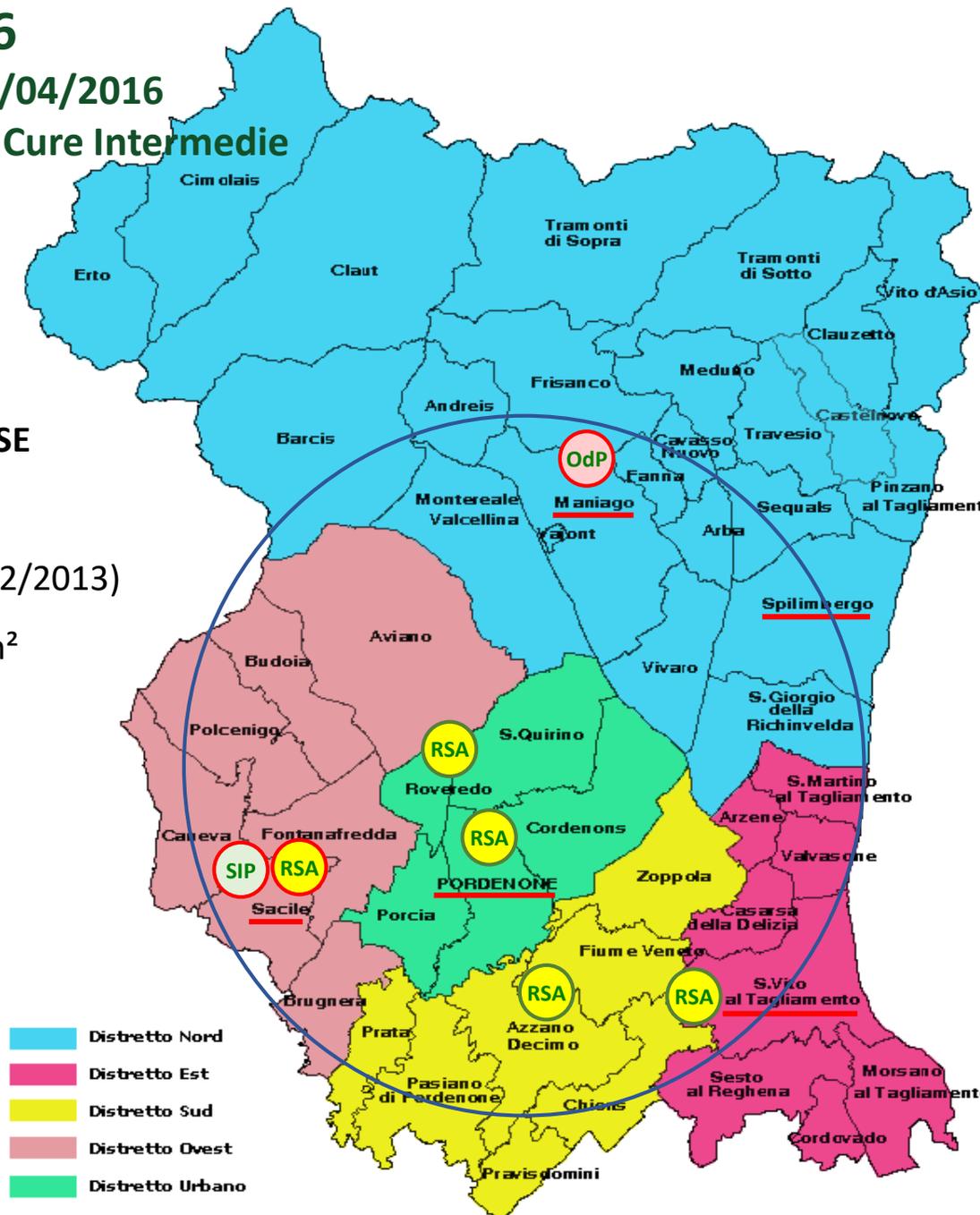
AREA VASTA PORDENONESE

Superficie 2.178 km²

Abitanti 314.644 (31/12/2013)

Densità 144,97 ab./km²

Comuni 51



Distretto URBANO

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

Distretto OVEST

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

Distretto NORD

- OdP di Maniago 30 pl

Distretto EST

- RSA di S. Vito 26 pl

Distretto SUD

- RSA di Azzano X° 25 pl

TOTALE pl

179 pl

Governo coordinato delle strutture sanitarie residenziali 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
		SC Rete delle Cure Intermedie		
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, e da quattro Dirigenti Medici (Internisti), 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 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

Modello organizzativo dell'attività clinica-assistenziale/FT

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). Altre figure professionali possono essere coinvolte in casi particolari o specifici

L'**assistenza per compiti** per le caratteristiche di frammentarietà, di responsabilità esclusiva sul compito, di valutazione dell'assistito sul compito, di assistenza erogata attraverso "i giri", di assenza di "presa in carico", è **da abbandonare**

L'approccio globale all'anziano, richiede un nuovo **modello assistenziale di tipo professionale centrato sulla persona**

Approccio olistico e sistemico secondo il modello concettuale di M. Gordon

Assistenza modulare (Piccole equipe e Primary Nursing)



Proposta organizzativa di assistenza infermieristica

3 settori: 2 settori formati da 9 assistiti e 1 settore da 10 assistiti (pl 28)

Assistenza erogata da **3 mini equipe**: 1 infermiere + 1 OSS per mini equipe

Articolazione oraria:

Mattino: 7 - 14.15

Pomeriggio: 14 - 22.15

Notte: 22/24 - 07.15

Condizioni organizzative:

- Dotazione organica
- Equipe esclusivamente dedicate all'assistenza nella struttura residenziale

Strumenti:

- Piano di lavoro
- Procedure operative
- Percorsi di formazione

Consolidamento del Fisioterapista nell'equipe assistenziale della SIP e coinvolgimento del Personale di Riabilitazione nella **fase di ammissione e nel processo valutativo del paziente**

Valutazione di tutti i pazienti ricoverati da parte del Fisioterapista/Logopedista del Servizio di Riabilitazione Territoriale

Il Fisioterapista/Logopedista, in collaborazione con il Responsabile Clinico ed il Personale di Assistenza, fornisce indicazioni sulla movimentazione dei pazienti, l'uso di ausili, la deambulazione in reparto, la deglutizione funzionale ed ogni altra attività affidata. L'eventuale intervento riabilitativo sarà concordato, dal pdv organizzativo, con il Personale di Assistenza

Condivisione con il Responsabile Clinico della necessità di **visite specialistiche** per l'attuazione del programma riabilitativo o per la prescrizione di ausili personalizzati

Presenza della **scheda fisioterapica e logopedica** nella documentazione clinica di ogni paziente

Avvio della procedura per la fornitura in comodato qualora sia rilevata la **necessità di ausili**

Preparazione della fase di dimissione del paziente con individuazione condivisa dei percorsi successivi

PERCORSO DEL MALATO IN SIP

- Criteri di ammissione
- Procedura di ammissione
- Scheda di ammissione
- Scheda MEWS
- Procedura di accoglimento



AMMISSIONE

- Procedura di gestione emergenza/urgenza
- Scheda News
- Algoritmo attivazione medico
- Algoritmo attivazione 118
- Algoritmo BLS
- Procedura di gestione del farmaco in SIP
- Piano di lavoro



ACCERTAMENTO
VALUTAZIONE

ATTIVITA' DI
ASSISTENZA E
CURA

DIMISSIONE

- Cartella medica
- Cartella Infermieristica
- Scheda Fisioterapia
- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Piano di dimissione



- Scheda di dimissione infermieristica



PERCORSO DEL MALATO IN SIP

Criteri di ammissione



AMMISSIONE

RISCHIO CLINICO "INTERMEDIO"

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

- Persone fragili con bisogni clinici, assistenziali in dimissione da reparti per acuti, che necessitano di stabilizzazione, di monitoraggio, di consolidamento delle condizioni cliniche, di mantenimento delle autonomie;
- Persone affette da patologie cronic-degenerative in fase di riacutizzazione, risolubili in ambiente protetto, con terapia adeguata ed appropriato monitoraggio clinico e strumentale, proposti dal Medico di Medicina Generale (MMG);
- Anziani che accedono al Punto di Primo Intervento, per riacutizzazione di patologia cronic degenerativa, che non necessitano di risorse strumentali tecnologicamente avanzate e/o trattamenti terapeutici intensivi, ma che richiedono tutela sanitaria che non può essere garantita al domicilio;
- Anziani privi di rete familiare, provenienti da strutture per acuti, che necessitano di interventi assistenziali di tipo tecnico ed educativo (terapia insulinica, anticoagulante, gestione stomia, ecc.), caratterizzati da recente perdita dell'autonomia, che non possono essere gestite a livello domiciliare, in attesa di altro setting assistenziale (RSA , Centro Diurno, ecc.);
- Persone prive di rete familiare/sociale, affette da patologie cronic-degenerative, che necessitano di terapia infusoria di supporto, non gestibile a domicilio o in regime ambulatoriale;
- Persone affette da patologia oncologica e non, non più rispondenti alle terapie specifiche o in fase di aggravamento di malattia, che richiedono protezione e assistenza specifica continuativa e non possono essere adeguatamente assistite a domicilio attraverso il servizio di cure palliative ovvero accolti in hospice;

PERCORSO DEL MALATO IN SIP

Procedura di ammissione



AMMISSIONE

MODALITA' DI AMMISSIONE

- L'ingresso in Struttura Intermedia Polifunzionale(SIP) può avvenire dal **lunedì al venerdì**, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il **sabato**, dalle ore 8.00 alle ore 16.00.
- La richiesta di ammissione avviene attraverso l'invio della scheda **direttamente** alla SIP in posta elettronica o via fax.
- La programmazione dell'ammissione, secondo i criteri definiti è responsabilità del dirigente medico SIP e del coordinatore Infermieristico.
- Il punto di Primo Intervento formulerà la richiesta di ammissione attraverso chiamata diretta in struttura, la scheda di ammissione formulata dal PPI accompagnerà il malato in reparto.
- Sarà cura del coordinatore infermieristico comunicare al reparto proponente la data di ammissione attraverso contatto telefonico.

PERCORSO DEL MALATO IN SIP

Scheda di ammissione



AMMISSIONE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE DI SACILE

DATA DI RICEVIMENTO _____

DATA DI SEGNALAZIONE _____

Da compilare solo in caso di segnalazione di ricoverato in struttura ospedaliera o residenziale

DATA DI RICOVERO _____ DATA PREVISTA DI DIMISSIONE _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME NOME _____ C.R.A. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

DOMICILIO ATTUALE _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____ TEL. _____

MEDICO CURANTE _____

PROVENIENZA

DOMICILIO - MMG (Cognome e Nome) _____ TEL. _____

OSPEDALE - U.O. _____ TEL. _____

ALTRO _____ TEL. _____

FRUISCE

NESSUN SERVIZIO ADI RSA CASA DI RIPOSO SERVIZIO SOCIALE

ALTRO _____

SITUAZIONE SOCIALE

1. ASSENZA SUPPORTO SOCIALE (vive solo e non ha persone di riferimento)

2. PARZIALE SUPPORTO SOCIALE (vive solo o in famiglia; i familiari non sono in grado di dare tutto il supporto)

3. SUPPORTO SOCIALE PRESENTE (vive in famiglia e i familiari offrono tutto il supporto necessario)

DIAGNOSI E COMORBILITA' (problema recente e patologie attive e in corso di trattamento farmacologico e monitoraggio)

TERAPIA IN ATTO (farmaco e posologia)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ 10. _____

MEWS (instabilità clinica)

CATEGORIA	3	2	1	0	1	2	3	SCORE
PA sistolica mmHg	< 70	71-80	81-100	100-199		> 200		
FC in battiti /min.		< 40	41-50	51-100	101-110	11-129	> 130	
FR in atti/min.		< 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								

IDA (Indice di dipendenza) Mod.

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE	ELIMINAZIONE	IGIENE -CONFORT	MOBILIZZAZIONE	RESPIRAZIONE	SCORE
1 NPT NE artificiale Difagia 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-NIVe)	
2 Deve essere imboccato Difagia lieve	2 Incontinenza urinaria e fecale occasionale, Necessità di clima	2 Necessità di aiuto per igiene totale a letto Paz. Collaborante	2 Mobilizzazione in poltrona/carrozzina e cambi posturali a letto	2 Dispnea da sforzo; Broncoaspirazione e gestione tracheostomia	
3 Necessità di aiuto nell'alimentarsi	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 Aneossiterapia 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	
1 Monitoraggio continuo dei parametri	1 Infusione continua in CVC/PORT; LeD 4 stadio o multiple	1 Stato soporoso Coma	1 Deficit di linguaggio uso di metodi non verbali. Deficit cognitivo grave	1 Uso mezzi di protezione per effettuare procedure	
2 Monitoraggio ad intervalli <1 h; peso ogni giorno	2 CVC o CVP per infusione non continua; LeD 3 stadio	2 Disorientamento temporo-spaziale continuo; uso sedativi	2 Deficit cognitivo moderato, ansia, lingua e cultura diversa	2 Comportamenti a rischio. Rischio cadute medio alto	
3 Monitoraggio ad intervalli >1 h; verifica diuresi	3 Terapia EV; IM; SC; OS LeD 2 stadio	3 Disorientamento temporo-spaziale occasionale;	3 Difficoltà linguaggio lieve; raccolta dati dal care giver	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	
TOTALE					

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

MOTIVAZIONI PER L'INGRESSO

Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa Consolidamento situazione clinica

Riacutizzazione clinica che non necessita di cure in acuto Fragilità sanitaria o sociale non risolta

Educazione/addestramento di paziente e care giver (nursing) Controllo terapia farmacologica (compliance)

Interventi riabilitativi estensivi per recupero risorse residue /educazione/addestramento care giver

Terapia di supporto non gestibile a domicilio _____

TIMBRO

FIRMA _____

PERCORSO DEL MALATO IN SIP

- Accoglimento e accertamento clinico-assistenziale e riabilitativo entro 24 ore dall'ingresso
- Riunione d'equipe entro 48 ore dall'ingresso per la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato e verifica della necessità di attivazione dei servizi di rete
- Condivisione con i familiari del progetto personalizzato (programmato)
- Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e modulazione degli interventi clinici, assistenziali e riabilitativi
- Pianificazione della dimissione

ACCERTAMENTO VALUTAZIONE

- Cartella medica
- Cartella Infermieristica
- Scheda Fisioterapica
- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Piano di dimissione

PERCORSO DEL MALATO IN SIP

ACCERTAMENTO VALUTAZIONE

- Cartella medica
- Cartella Infermieristica
- Scheda Fisioterapica
- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Piano di dimissione



PIANO DI DIMISSIONE

Cognome/Nome			
Data di nascita			
ATTIVAZIONE SERVIZI PER DIMISSIONE			
<input type="checkbox"/> SID	<input type="checkbox"/> attivo all'ingresso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> attivato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	il __/__/__
motivazione			firma
Presidi richiesti il __/__/__		Presidi in consegna/consegnati il __/__/__	
<input type="checkbox"/> aspiratore	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/>
Note			
<input type="checkbox"/> SRT	<input type="checkbox"/> attivo all'ingresso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> attivato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	il __/__/__
motivazione			Firma
Ausili richiesti il __/__/__		Ausili in consegna/consegnati il __/__/__	
Note			
<input type="checkbox"/> Servizio Sociale <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> attivato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	il __/__/__
motivazione			
Note			
AREA CLINICA			
L'assistito e i familiari sono informati su:			Data e firma
<input type="checkbox"/> situazione clinica alla dimissione	<input type="checkbox"/> follow up specialistico	<input type="checkbox"/> regime dietetico	
<input type="checkbox"/> eventuali complicanze e loro gestione a domicilio	<input type="checkbox"/> servizi attivati	<input type="checkbox"/> riferimento clinico	
<input type="checkbox"/> trattamento farmacologico	<input type="checkbox"/> data dimissione	__/__/__	
Note			



PERCORSO DEL MALATO IN SIP

SCHEDA NEWS
STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE
DI SACILE

DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME _____ DATA DI NASCITA | _____
ETICHETTA _____

	Valori e Punteggio	Data				Data	
		1^rilev. h.	2^rilev. h.	3^rilev. h.	4^rilev. h.	1^rilev. h.	2^rilev. h.
Frequenza respiro	< 8	3					
	9 - 11	1					
	12 - 20	0					
	21 - 24	2					
	> 25	3					
Saturazione %Ossigeno	< 91	3					
	92 - 93	2					
	94 - 95	1					
	> 96	0					
Ossigenoterapia	Si	2					
	No	0					
Temperatura corporea	< 35	3					
	35.1 - 36	1					
	36.1 - 38	0					
	38.1 - 39	1					
	> 39	2					
PA sistolica mmhg.	< 90	3					
	91 - 100	2					
	101 - 110	1					
	111 - 219	0					
	> 220	3					
Frequenza cardiaca	< 40	3					
	41 - 50	1					
	51 - 90	0					
	91 - 110	1					
	111 - 130	2					
> 131	3						
Coscienza	vigile	0					
	Richiamo dolore	3					
	Coma						
PUNTEGGIO							

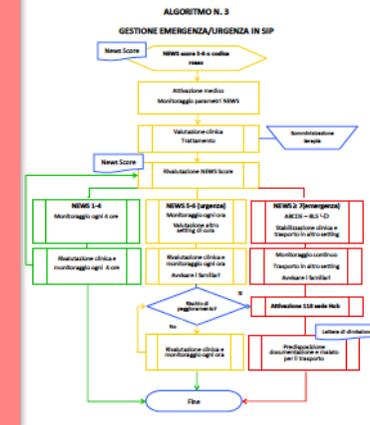
FIRMA _____

Scheda News



ATTIVITA' DI ASSISTENZA E CURA

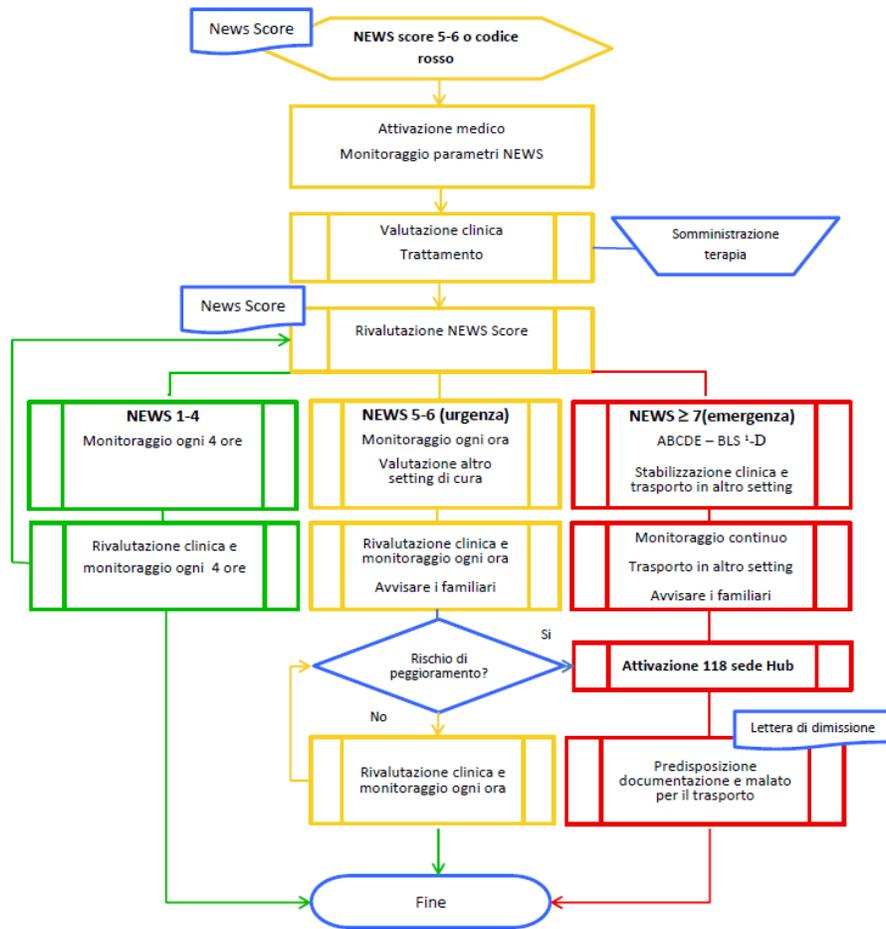
- L'attivazione del medico in SIP avviene con l'utilizzo della scheda NEWS, supportata dalla valutazione globale della persona da parte dell'infermiere.
- In caso di **medio livello di allerta** il medico viene attivato e decide l'intervento da attuare (algoritmo attivazione 118).



PERCORSO DEL MALATO IN SIP

ALGORITMO N. 3

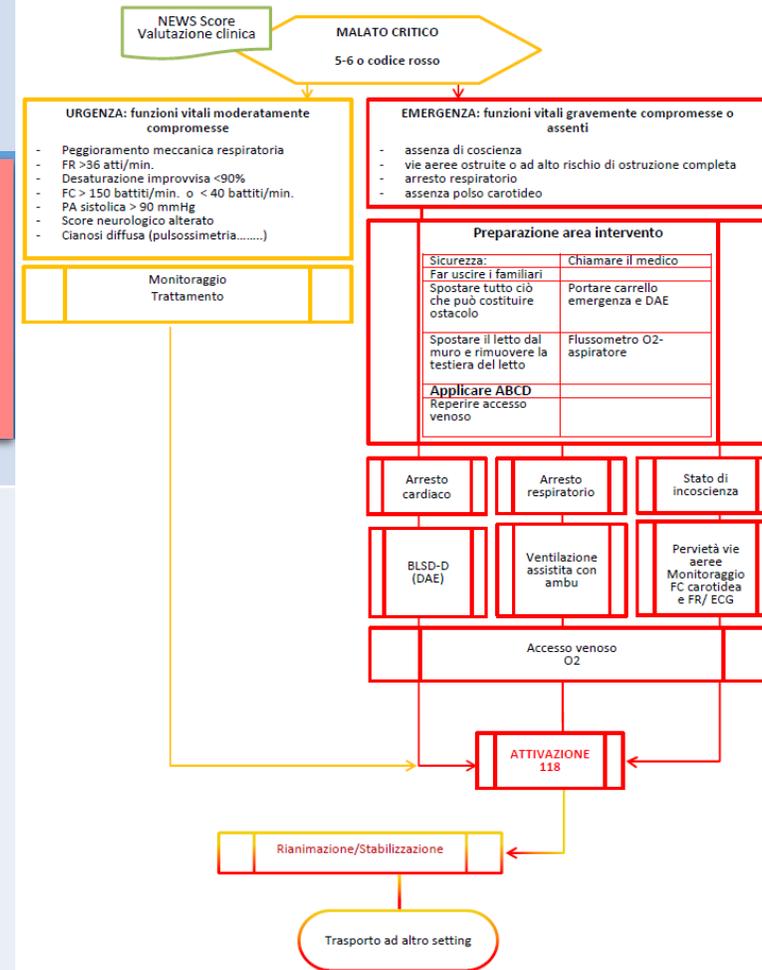
GESTIONE EMERGENZA/URGENZA IN SIP



Algoritmi

ATTIVITA' DI ASSISTENZA E CURA

ALGORITMO N. 4 - ATTIVAZIONE 118



PERCORSO DEL MALATO IN SIP

Azienda Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" **MODULO PER LA RICHIESTA DI MEDICINALI PER PAZIENTI DIMESSI IN SIP**

DATI ASSISTITO	
SPAZIO PER ETICHETTA	COGNOME E NOME ASSISTITO _____
	DATA DI NASCITA _____ SESSO M F
DIMESSO DA _____	CENTRO DI COSTO _____
IL GIORNO _____	ALLE ORE _____
ACCOLTO IN _____	

A GARANZIA DELLA CONTINUITA' TERAPEUTICA NECESSITA DI		
A cura del reparto di dimissione: indicare tutti i farmaci necessari al proseguimento della terapia.	A cura della struttura che accoglie	
	Da barrare con indicazione della quantità di farmaco necessaria:	Da barrare a conferma della consegna:
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato
FARMACO _____ POSOLOGIA _____ PER GG. _____	<input type="checkbox"/> inviare col malato QUANTITA' _____	<input type="checkbox"/> inviato

Procedura della gestione del farmaco in SIP



ATTIVITA' DI ASSISTENZA E CURA

- Le strutture che dimettono inviano alla SIP, 2 gg. prima della dimissione, la lista dei farmaci che il malato deve continuare ad assumere.
- La struttura verifica se possiede i farmaci indicati e rende la lista evidenziando i farmaci mancanti.
- I farmaci mancanti verranno inviati col malato, in confezioni integre, con allegato il modulo.
- La SIP invierà la lista in Farmacia, che provvederà a rifornire il reparto inviante scaricandoli sulla SIP.

Filtro ai ricoveri ospedalieri inappropriati e gestione integrata del malato post-acuto in un contesto multiprofessionale fortemente umanizzato

Realizzare una **metodologia di lavoro in équipe**, funzionale ai bisogni di salute della persona e finalizzata al raggiungimento di **obiettivi prefissati**

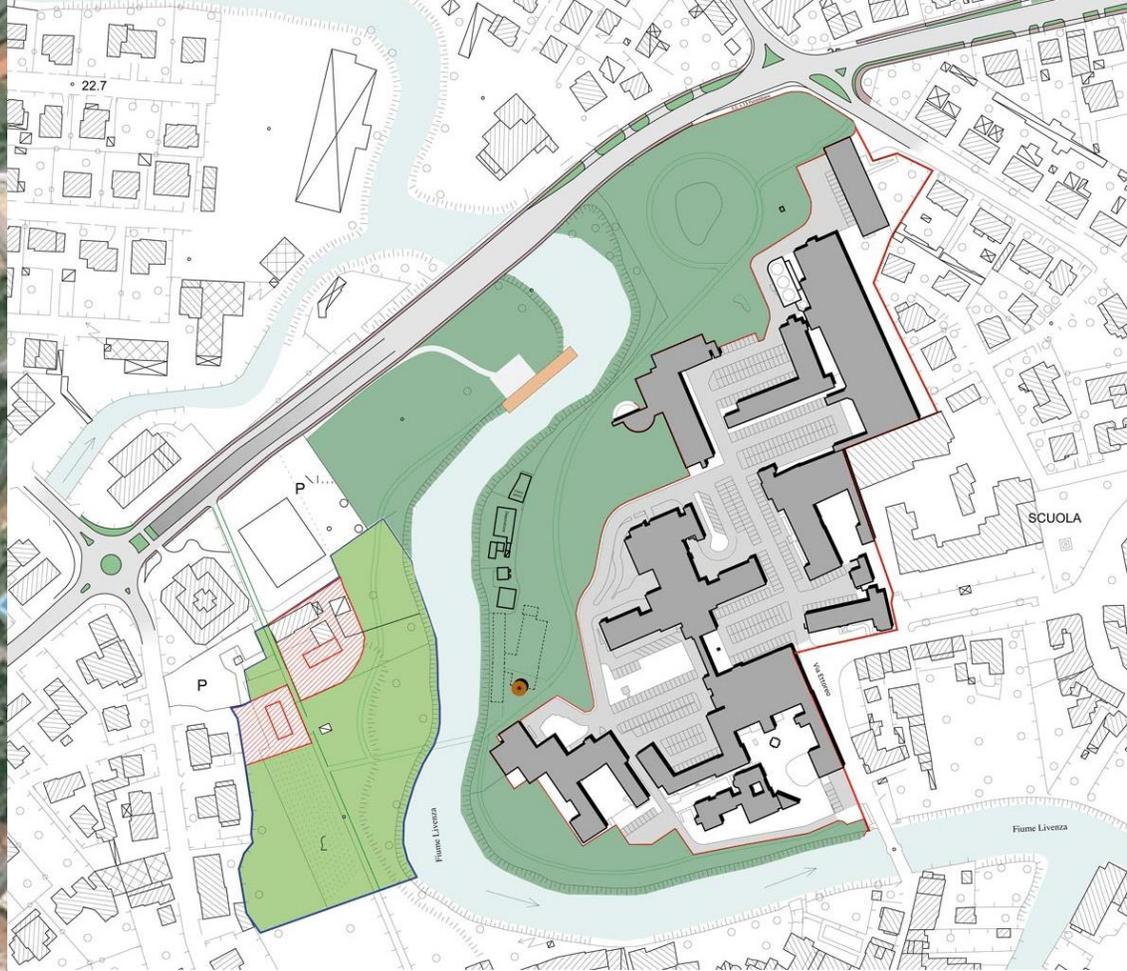
Attivare un processo che favorisca modalità di **lavoro integrato tra tutti gli operatori** che sono a diretto contatto con le persone in condizioni di rischio e di fragilità allo scopo di:

- Ridurre la duplicazione e la frammentazione degli interventi
- Eliminare possibili conflitti di competenza fra figure professionali operanti nello stesso ambito
- Ottimizzare le attività di valutazione multidimensionale delle persone anziane
- Garantire la programmazione interdisciplinare personalizzata degli interventi

Prevenire processi di spersonalizzazione del paziente, soprattutto se anziano, implementando un **approccio bio-psico-sociale** nel rispetto della dignità e libertà della persona

Favorire e facilitare l'accesso e la collaborazione diretta da parte dei familiari dei malati (per **costruire un coinvolgimento attivo dei care giver**) e delle organizzazioni di volontariato





REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda PER L'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

***Iniziare un nuovo cammino ci spaventa,
ma dopo ogni passo, ci rendiamo conto di
quanto fosse pericoloso rimanere fermi***

R. Benigni