



Il sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica a Trieste

**Struttura Complessa Servizio Infermieristico Aziendale
Strutture Operative Distretto 1 - 2 - 3 - 4**

**Mislej M, Trabona R, Ballarin M, Andreassich V, Guidera N, Gatti L,
Canderlich D, Cossetti P, Moro P, Gregoris A, Negro A, Umech S, Perossa O,
Cortese P, Tassone R, Marrazzo L, Bertolissi S, Pacileo IE, Sollazzi E, Padovan G**

Relatore: Trabona R

Epidemiologia socio-sanitaria

Criticità del contesto sociale

- Solitudine, abbandono
- Problemi economici
- Scarsa compliance familiare
- Disgregazione tessuto sociale
- Ripetitività ricoveri ospedalieri



*Demografia
(% > 65 anni)*

Criticità del contesto clinico

- Polipatologie a rischio complicanze (allettamento, perdita di autonomia, Idd)
- Demenza, invalidità, fratture, cadute
- Guarigione tardiva e incompleta post evento acuto
- Dipendenza da nutrizione artificiale ed apparecchiature salvavita

1 gennaio 2010
ITALIA 20,2
FVG 23,2
TS 27,9



Obiettivi



Promuovere nuovi modelli organizzativi centrati sull'assistenza territoriale



Non rendere l'H luogo di cura a sé stante in cui trascorrere un periodo di diagnosi e terapia, avulso dall'ambiente familiare e sociale



PSN

**OMS
Health
21**



Assicurare il diritto a rimanere al proprio domicilio garantendo l'integrazione e la continuità assistenziale

Obiettivi



Integrare
(2 Aziende – molte discipline)



**Garantire sul territorio
una rete di
servizi assistenziali
alternativi al ricovero**

**Comunicare
Ascoltare
Osservare**

**Scientificità
(EBP - EBN - EBM)**

“Anticipare”
(infermieristica d’iniziativa)

**Approccio
Olistico**

**Relazione
Empatia**

Gruppo Target



2002 Sperimentazione - over75enni - area medica

2003 Protocollo d'intesa - over75enni - area chirurgica

2006 Estensione a PS, post acuzie, clinica ortopedica, ortopedia, riabilitazione e stroke-unit

2009 Sperimentazione della presenza dell'infermiere di distretto al PS al mattino da LUN a VEN di 400 ricoveri sia nel 2009 che nel 2010)
(evitati più

2010 Estensione a tutti i ricoverati con bisogni clinici, assistenziali e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia



Metodologia e azioni



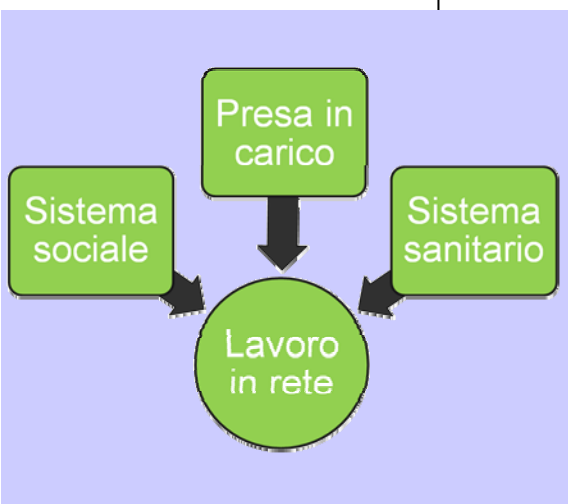
di bisogni a
verifica di obiettivi
assistenziali

- 1. Entro 72 h dal ricovero
l'infermiere di reparto:**
✂ attiva la segnalazione di
“deospedalizzazione protetta”
- 2. Entro 72 h dalla segnalazione
8 infermieri di 4 SID:**
 - valutano il caso in reparto approfondendo le problematiche segnalate
 - incontrano se necessario i familiari dell'assistito e/o eventuali care - givers
 - inseriscono i dati nella LLUV del SISR stabilendo l'esito finale della valutazione
 - redigono un PAI in raccordo con l'MMG attivando i servizi e le risorse necessarie

Metodologia e azioni

Dal paradigma tayloristico (segmenti di percorso) alla gestione di processi

L'infermiere attiva risorse in un sistema a rete



L'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina attraversa la vita dei singoli e delle comunità in un rapporto dinamico, sinergico e continuo.

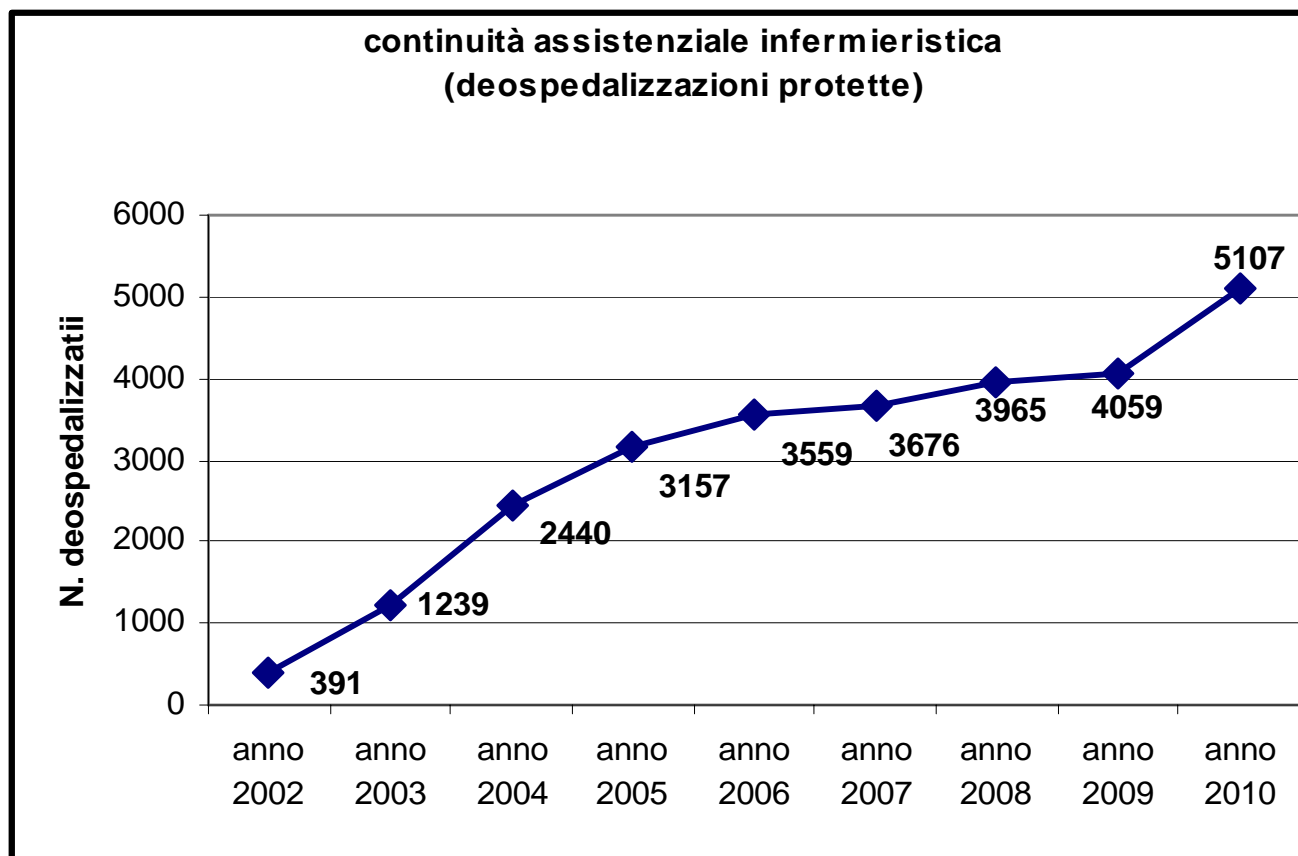
Centralità della persona e dei suoi diritti

Sviluppo autonomia possibile

Morte senza dolore

Risultati

Deospedalizzati dai reparti e dal PS (Fonte: INSIEL – SIASI - LLUV)



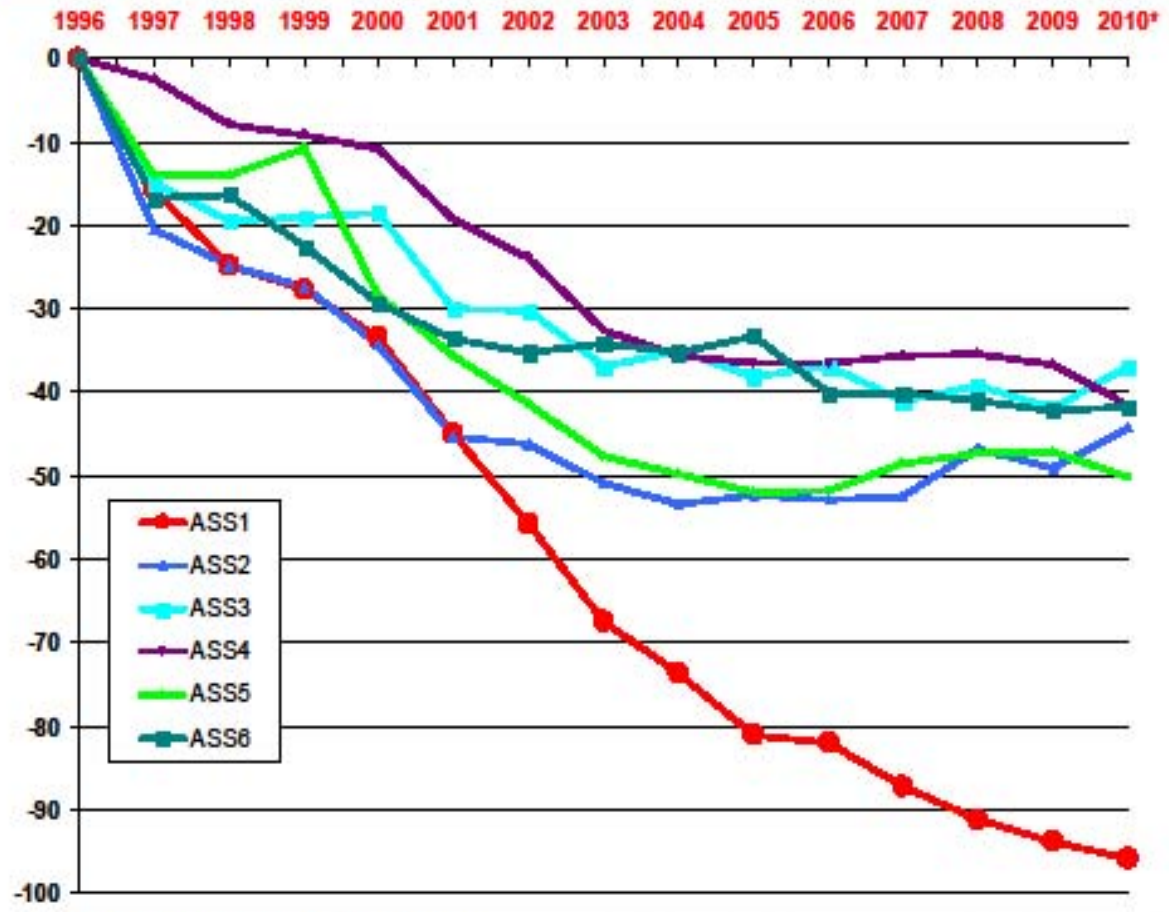
Differenza

%

2009-2010

+ 26%





Il tasso dell'ASS1 è sceso negli ultimi 10 anni di oltre 50 punti a fronte dei 20 di quello regionale e presenta una curva di discesa delle ospedalizzazioni che dal 2002 si distingue nettamente in maniera virtuosa da quella delle altre Aziende regionali.

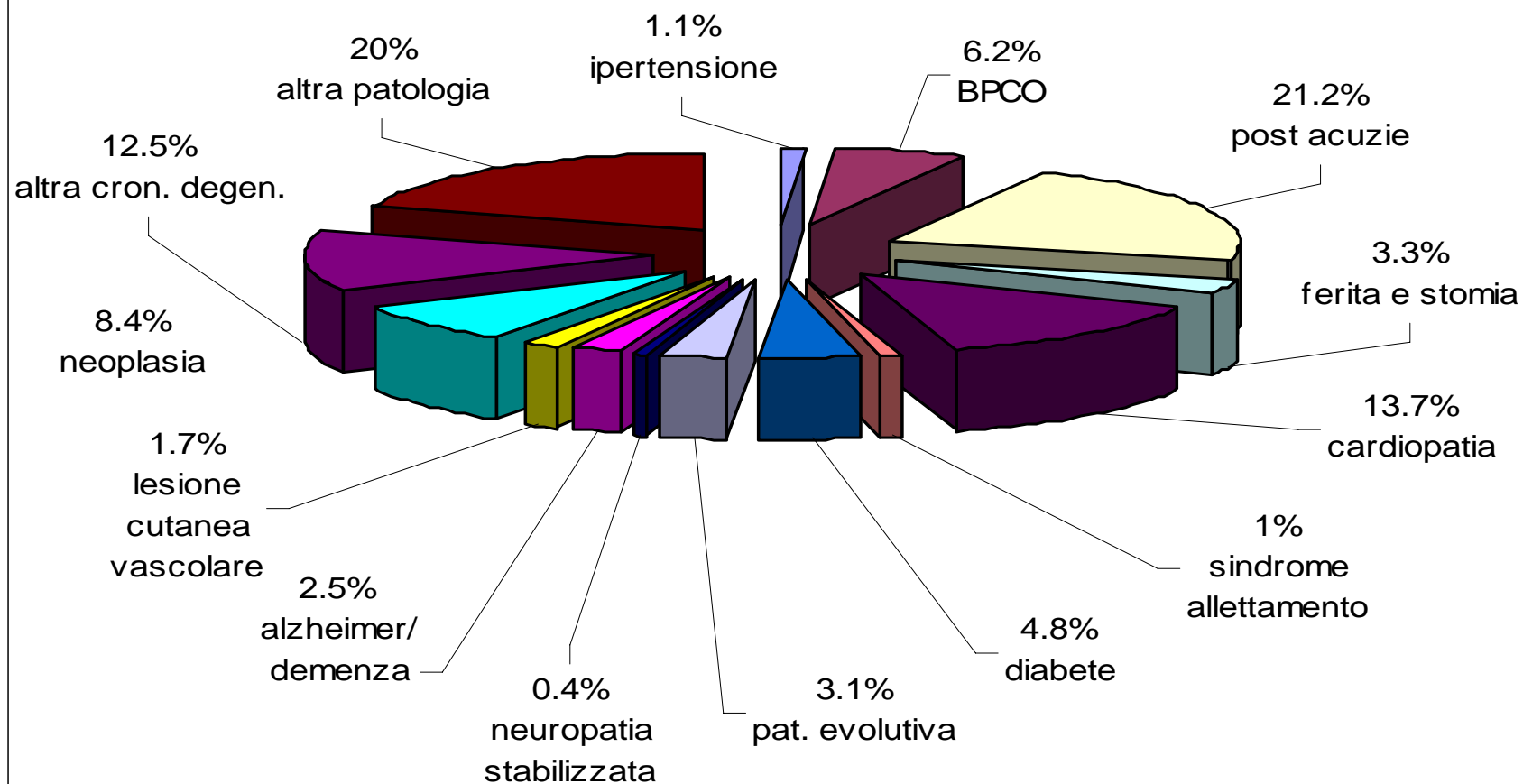
Collaborazione ospedale territorio
 Credibili alternative distrettuali al ricovero

Fonte SISR

tasso ospedalizzazione FVG dal 1996

Risultati

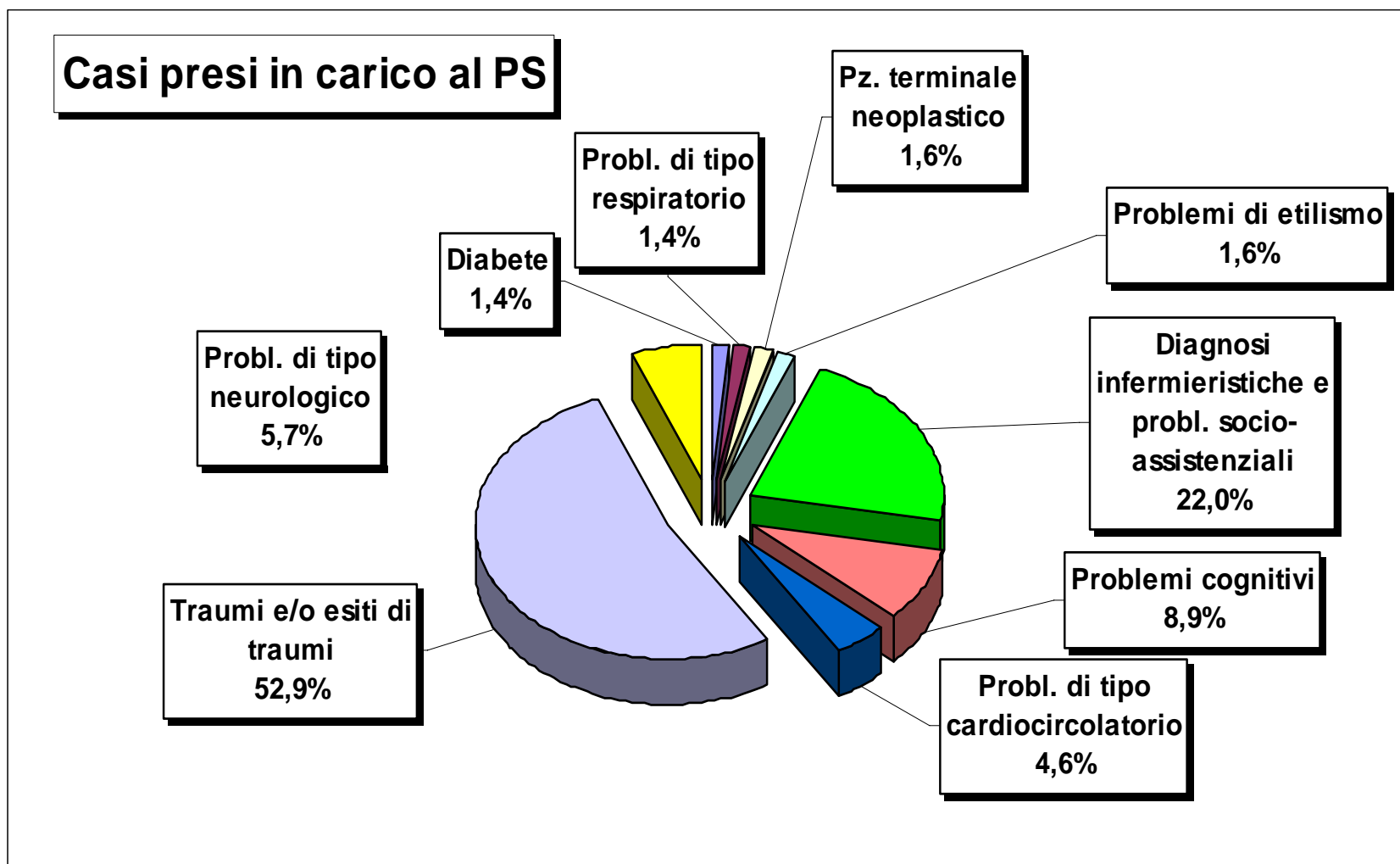
**graf. 2 n. deospedalizzati in continuità assistenziale
anno 2010 (n. 5107)**



Tipologia sanitaria degli assistiti presi in carico al Pronto soccorso nel 2010

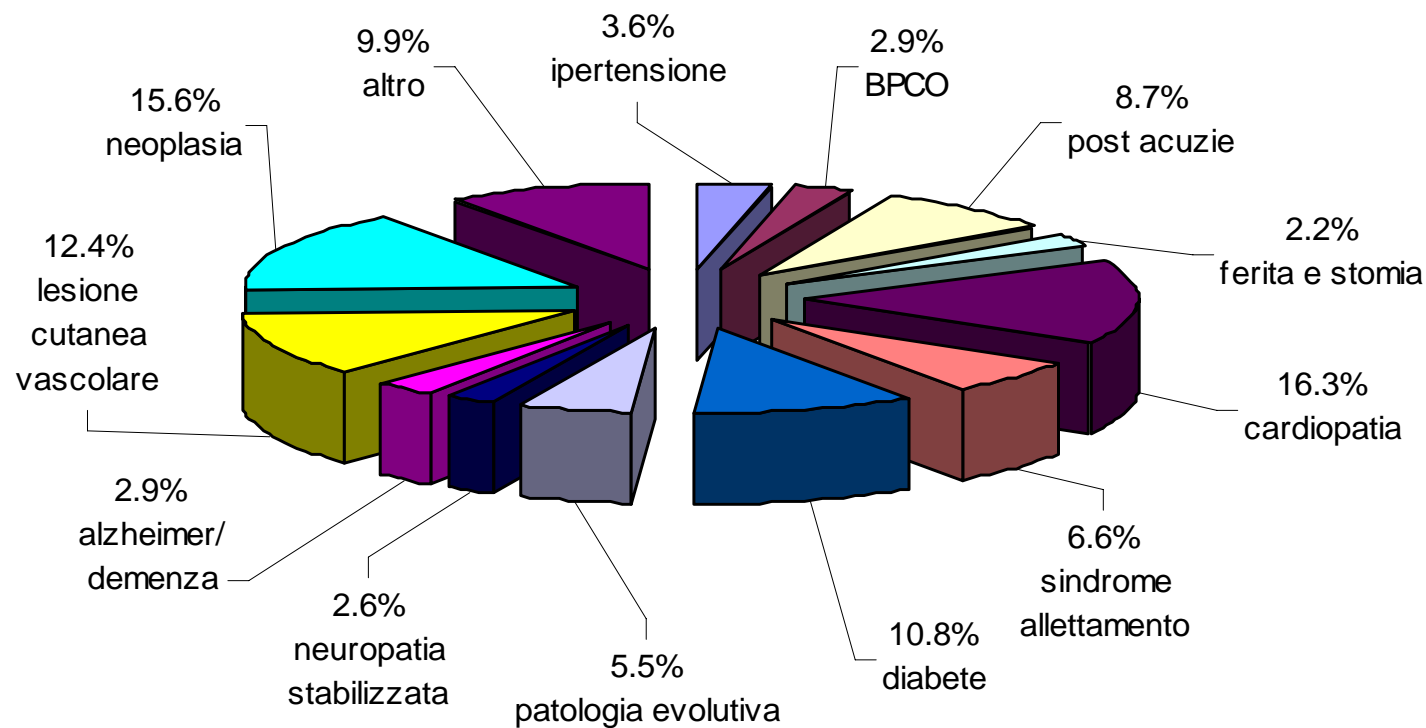
N. assistiti 437: età media 83 - DEV. ST. 9,15

femmine 309 (70,71%) - maschi 128 (29,29%)



Risultati

Tipologia sanitaria degli assistiti SID con PAI
anno 2010 (n. 3691)



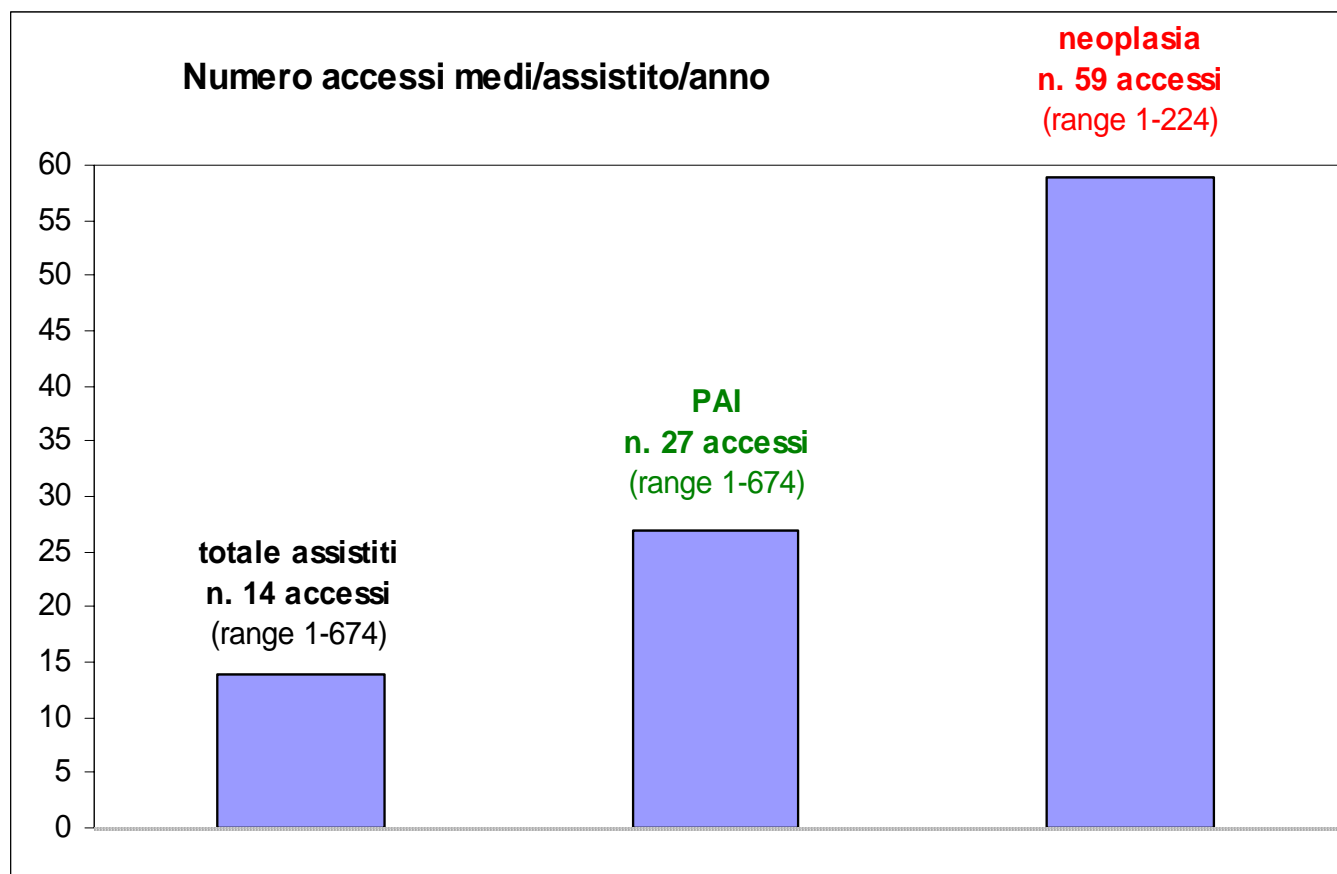
N. assistiti SID con PAI**Tipologie sanitarie**

133	ipertensione
107	broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
321	post acuzie (frattura femore, stroke, lesioni periferiche, trauma cranico)
81	ferita e stomia
601	cardiopatia (compenso labile, scompenso)
244	sindrome allettamento/ipocinetica
399	diabete
203	patologia evolutiva (sclerosi multipla, degenerazione apparato locomotore)
96	neuropatia stabilizzata
107	alzheimer/demenza/patologia psichiatrica
458	lesione cutanea vascolare/linfatica
576	neoplasia
365	altra patologia
3691	n. assistiti SID con PAI

Età	PAI n. 3691	Neoplasie n. 576	Differenza
media	78	73	- 5
range	0-107	2-101	
deviazione standard	14	14	=
moda	85	79	- 6

Rapporto accessi/assistiti SID anno 2010

	n. accessi	n. assistiti	n. Accessi medi/assis./anno	Range
totale assistiti	119.975	8.747	14	1-674
assistiti con PAI	100.079	3.691	27	1-674
assistiti con neoplasia	33.729	576	59	1-224



Conclusioni

**Gran parte dei ricoveri
anziani pluripatologici**

**Continuità assistenziale e SID incidono favorevolmente
sulla riduzione dei ricoveri ripetuti e del TO**

**L'integrazione con i servizi sociali è attiva da lungo
tempo ma ci si "scontra" ancora sui tempi d'intervento:
veloci quelli sanitari, lenti quelli sociali**

**La tempistica incide sulla perdita delle abilità
e sul processo di assistenza e riabilitazione**

**Il bisogno di continuità assistenziale è ancora elevato
e il suo margine d'azione è ancora molto ampio**

Conclusioni

“Nessuna legge può
codificare l’invisibile
rapporto uomo-territorio,
ma può codificare invece
il visibile modo di
relazione interpersonale”

Bertirotti A, Umanità abissale, 190,
Bonanno Editore, Acireale - Roma, 2005



Grazie dell'attenzione

rosolino.trabona@ass1.sanita.fvg.it