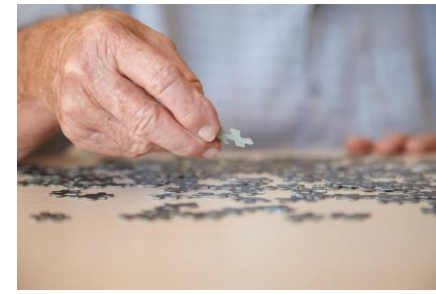
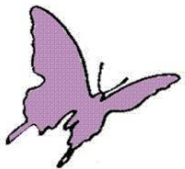


Giorgio Siro Carniello

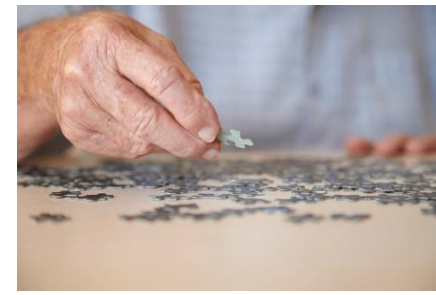
**LA MULTIPROFESSIONALITÀ COME
OBIETTIVO DA PERSEGUIRE
L'ESPERIENZA DEL MODELLO SACILE**



AL DI LÀ DEL PARADIGMA BIOMEDICO VERSO UN APPROCCIO DI TIPO SISTEMICO



LE CONSEGUENZE GESTIONALI ED ORGANIZZATIVE DI DUE APPROCCI PROFONDAMENTE DIVERSI

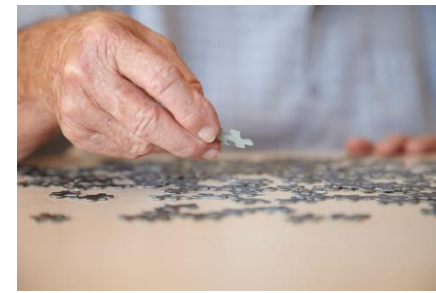


Il **pensiero riduzionista** tende ad assimilare il corpo umano (e di riflesso il malato) a una macchina. Data la sua enorme complessità, le conoscenze sul suo corretto funzionamento e sulle sue disfunzioni sono frazionate tra specialisti e super-specialisti, ciascuno dei quali tende a concentrarsi su ambiti di conoscenza sempre più ristretti (**verticalizzazione e frammentazione dei saperi**)

I professionisti tendono a lavorare in modo isolato, a circoscrivere l'interesse sul loro specifico sapere e a moltiplicare i possibili interventi correttivi. La cura è frammentata in una miriade di sequenze e di atti a cui è difficile dare senso e continuità. L'eccesso di dettagli di natura biologica finisce per **far dimenticare il paziente come persona**, il suo benessere e lo scopo stesso per cui gli interventi sono stati intrapresi

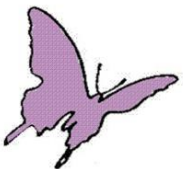


LA SALUTE COME CAPACITÀ DELL'INDIVIDUO DI ADATTAMENTO ALL'AMBIENTE FISICO E SOCIALE



L'approccio sistemico è orientato più alla **salute della persona** che alla cura della singola malattia. Il medico, il paziente, i suoi familiari e più in generale il contesto entro il quale il processo di cura si concretizza, rappresentano un unicum inseparabile, che bisogna saper osservare, riconoscere, interpretare e salvaguardare. Tutto ciò richiede **multidisciplinarietà, pluralità di linguaggi, connessioni tra saperi e dialogo tra scienze umanistiche, sociali e tecniche**

Attraverso l'approccio sistemico, la salute non è più un'entità unica e fissa, ma acquisisce un senso dinamico e mutevole, come capacità dell'individuo di **adattarsi** continuamente all'ambiente fisico e sociale che lo circonda e di cui è parte integrante



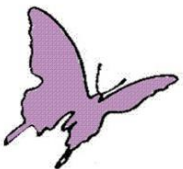
IL MALATO COME PERSONA CHE PARTECIPA ATTIVAMENTE AL
PROCESSO DI CURA,
NON COME CONTENITORE PASSIVO DI BISOGNI SANITARI



In questa nuova prospettiva occorre, quindi, creare le condizioni per favorire tale **adattamento** e per trovare nuovi equilibri che aiutano le persone a sperimentare un senso di benessere e di serenità anche di fronte a limitazioni severe delle funzioni vitali

L'interesse è indirizzato verso il conseguimento di una **vita soggettivamente accettabile** e non verso la remota prospettiva di raggiungere uno stato di completa assenza di rischio, di malattia e d'infermità

Il paziente non è più considerato un ingranaggio che risponde passivamente a stimoli e aggiustamenti di tipo meccanico, ma rappresenta una **persona** che prova emozioni, esprime sentimenti e partecipa direttamente al processo di cura



La gestione del malato complesso

Ieri ed oggi

IERI

Approccio «malattia-centrico»
analitico, settoriale e specialistico,
con procedimento deduttivo-
inferenziale e analogico



Identificati i segni e i sintomi della **malattia**, si ricerca la causa specifica della malattia stessa e quindi il trattamento farmacologico più efficace e tollerabile sulla base dei risultati dei grandi *trials* clinici randomizzati (RCT), su dati *evidence-based*.

OGGI

Molteplici e dinamiche interazioni
+ interferenze che i fattori non
malattia-specifici esercitano sullo
stato di salute degli individui malati



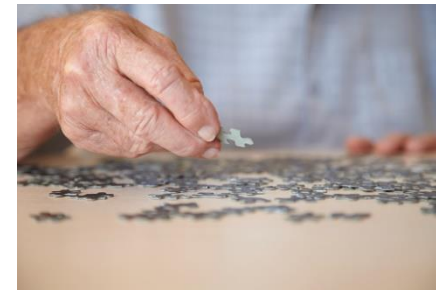
L'applicazione delle conoscenze derivanti da LG, incentrate sul trattamento della singola malattia, più che sulla gestione dell'individuo malato nella sua interezza, non è in grado di definire un **processo di cura individualizzato, multiprofessionale, "cucito" sul paziente**

Nuovi approcci al paziente complesso

Nasce la sfida dell'**approccio sistematico della medicina**, che mettendo in discussione i pensieri consolidati e le certezze derivanti dalle linee guida, basate sul trattamento delle singole malattie, si propone di ricercare gli strumenti più idonei per **valutare il malato nella sua globalità**, in modo che anche tutti i determinanti, inclusi quelli non malattia-specifici divengano parte costituente del processo di diagnosi e cura.

valutazione integrata delle singole malattie, o meglio delle componenti fisiopatologiche di base delle singole malattie, che coesistono nello stesso individuo, prendendone anche in considerazione l'**interazione dinamica**, sia tra di loro sia con i determinanti non malattia-specifici.

QUALE ASSISTENZA PER LA GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ?



Multidimensionale (valutazione della persona nella sua globalità)

Multidisciplinare (coinvolgimento di diverse professionalità)

Multilivello (rete di servizi integrata)

Continuativa (continuità assistenziale/presa in carico)



INTEGRARE I DUE APPROCCI PER UNA MEDICINA SOBRIA, RISPETTOSA E GIUSTA



Medici e professionisti della salute lavorano insieme, collaborano e si scambiano informazioni, in un ambiente aperto e multidimensionale. Le prescrizioni tengono conto di percorsi di diagnosi e cura basati sulle migliori conoscenze scientifiche, ma fanno anche valorizzare le diversità, adattandosi ai differenti contesti e alle specifiche aspettative della persona

Naturalmente, l'utilizzo di un approccio non esclude l'altro. In funzione del problema che dobbiamo affrontare, del tipo di malato, dei suoi bisogni e degli obiettivi che ci proponiamo, possiamo applicare, a ragione, l'uno o l'altro dei due approcci. Non si tratta, quindi, di abbandonare il concetto di cura dei sintomi e della malattia, ma di **integrarlo con le esigenze dell'individuo, immerso in un complesso sistema di rapporti che ne condizionano l'agire**



	FAST – DISEASE ORIENTED	SLOW – HEALTH ORIENTED
Metodo	Riduzionista, basato sui principi della scienza classica, newtoniana	Sistemico, basato sui principi dei sistemi complessi
Medico	Osserva e decide	Informa, guida e consiglia
Persona malata	Un corpo da indagare, che funziona come una macchina	Una risorsa, unica e irripetibile, che pensa, produce conoscenza, prova emozioni e sentimenti
Obiettivi	Orientati verso la ricerca ed il controllo dei sintomi	Basati su priorità, aspettative e preferenze della persona
Trattamenti	Centrati sulla correzione dei meccanismi fisiopatologici delle malattie	Centrati sull'insieme dei fattori che influiscono sulla salute
Cure	Affidate a specialisti che lavorano, per lo più, in modo isolato	Affidate a professionisti che lavorano in team e si scambiano informazioni
Decisioni	Stabilite da procedure e protocolli standardizzati	Personalizzate, mediate dalle conoscenze scientifiche e dal contesto di riferimento
Risultati	Dipendono da relazioni lineari di causa-effetto, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili	Dipendono da sistemi dinamici, instabili, interconnessi, multidimensionali, aperti al cambiamento
Conclusioni	Analisi quantitative centrate sulla media, perseguono l'omologazione	Analisi qualitative che tengono conto della varianza, valorizzano la diversità
Salute	Completo stato di benessere fisico, psichico e sociale	Capacità dell'individuo di adattarsi all'ambiente fisico e sociale

I 7 VELENI DELLA MEDICINA FAST



Nuovo è meglio

Tutte le procedure utilizzate nella pratica clinica sono efficaci e sicure

L'uso di tecnologie sempre più sofisticate risolverà ogni problema di salute

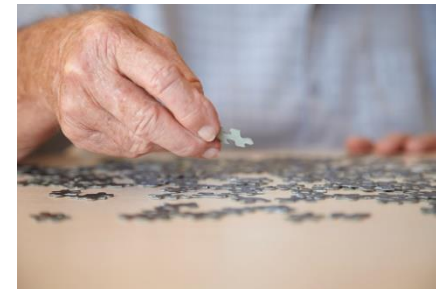
Fare di più aiuta a guarire e migliora la qualità della vita

Scoprire «una malattia» prima che si manifesti attraverso i sintomi, è sempre utile

I potenziali «fattori di rischio» devono essere trattati con i farmaci

Per controllare meglio le emozioni e gli stati d'animo è utile affidarsi alle cure mediche

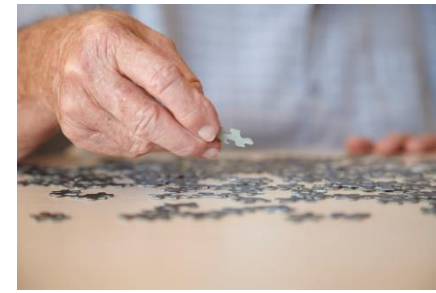




PERCHÉ LA MULTIPROFESSIONALITÀ NEI SISTEMI SOCIO-SANITARI?



LA MULTIPROFESSIONALITÀ NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI



Nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, la **multiprofessionalità** è ritenuta condizione essenziale per garantire efficacia e continuità ai processi di assistenza («cronicità fa rima con trasversalità»)

La necessità di coordinare le attività che coinvolgono una **complessa rete di professionisti** con background, competenze, esperienza e punti di vista diversi, che spesso si susseguono e si affiancano nel percorso di cura del malato, appare un'esigenza prioritaria e ineludibile





CITTÀ DI SACILE

PROVINCIA DI PORDENONE



ASSESSORATO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE welfare di prossimità strutture di accoglienza e protezione

RELAZIONE PREVISIONALE E PROGRAMMATICA 2009

A fronte di questi fattori, operanti prevalentemente sul lato della “domanda”, va osservata, da parte dell’offerta, una persistente **difficoltà a produrre risposte in modo integrato**.

Per affrontare le nuove esigenze dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari è richiesta quindi un'organizzazione più complessa, idonea a rapportarsi con le diverse componenti sociali e sanitarie. È necessario ripensare il modello di offerta, fatto di contaminazioni multidisciplinari, che, seppure nel pieno rispetto delle singole professionalità, diventi la traduzione operativa di un sistema atto ad affrontare i bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti..

LA COMUNICAZIONE, FATTORE CRITICO NEL TEAM MULTIPROFESSIONALE



Gli errori riconducibili a problemi di **scambio di informazioni** tra i membri del team costituiscono un fattore di rischio per la sicurezza del malato nel **60-70%** dei casi (JCI, 2007)

Migliorare il processo comunicativo in team multiprofessionali contribuisce significativamente a ridurre i potenziali errori e a promuovere la «patient safety»

La causa più rilevante della comunicazione inefficace è rappresentata dai **fattori umani**



I FATTORI UMANI CAUSA DI INADEGUATA COMUNICAZIONE



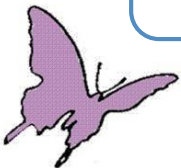
I **clinici** hanno una formazione di tipo specialistico, improntata all'agire individuale. L'errore è visto come un fallimento personale

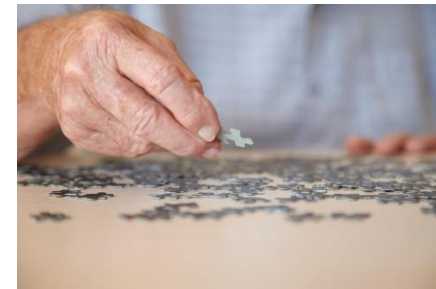
Ogni professionista sanitario presenta un **diversito modo di comunicare**

Alcuni **limiti umani** inficiano la comunicazione e possono impoverirla

Le organizzazioni sanitarie sono prevalentemente gerarchiche e tendono ad inibire i soggetti nell'espressione delle proprie opinioni (leader efficaci e leader autoritari)

Molte organizzazioni trascurano di promuovere e presidiare le pratiche della comunicazione verbale

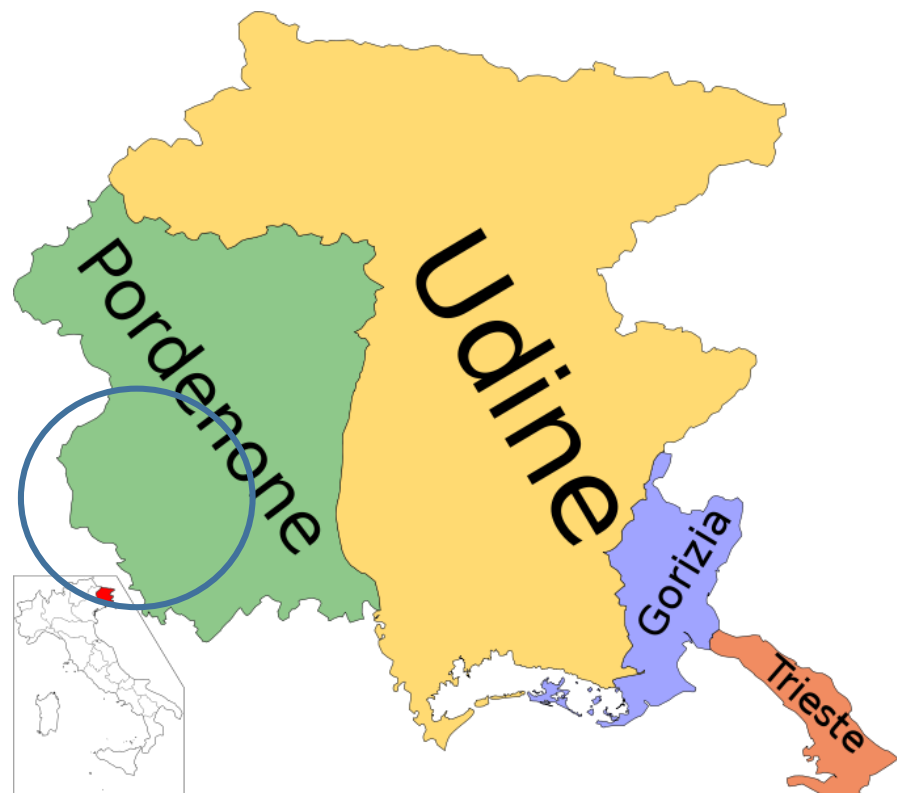




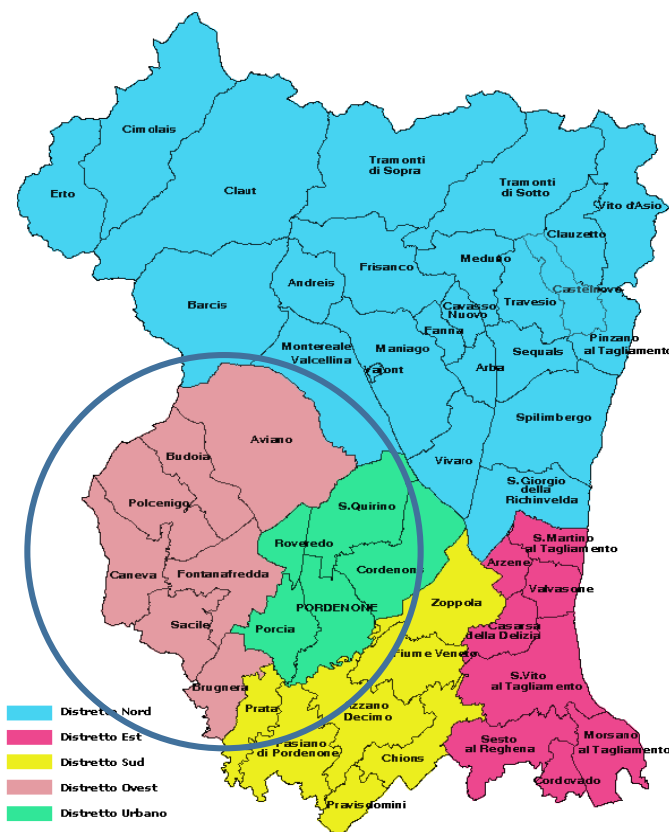
MODELLO SACILE M... COME MULTIPROFESSIONALITÀ



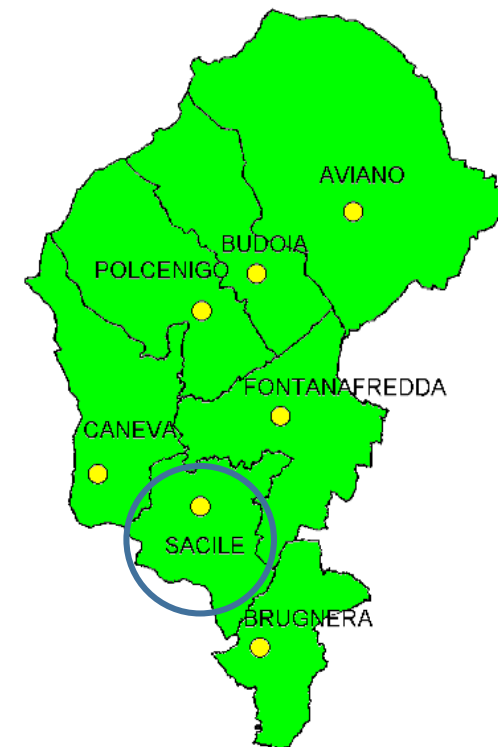
DOVE SIAMO?



Regione FVG



«Provincia» di PN
AAS N° 5

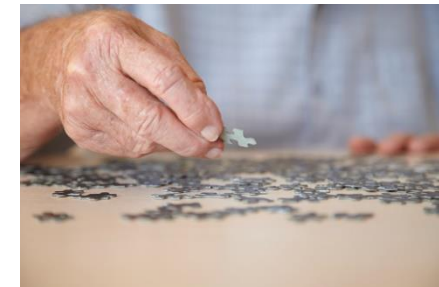


Distretto Ovest
Ambito 6.1





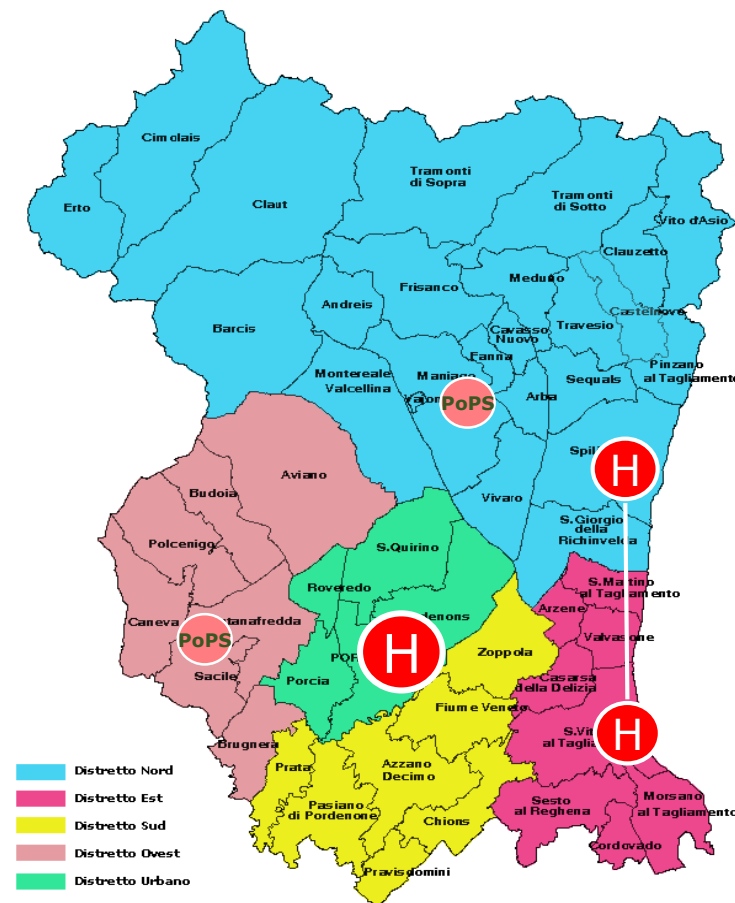
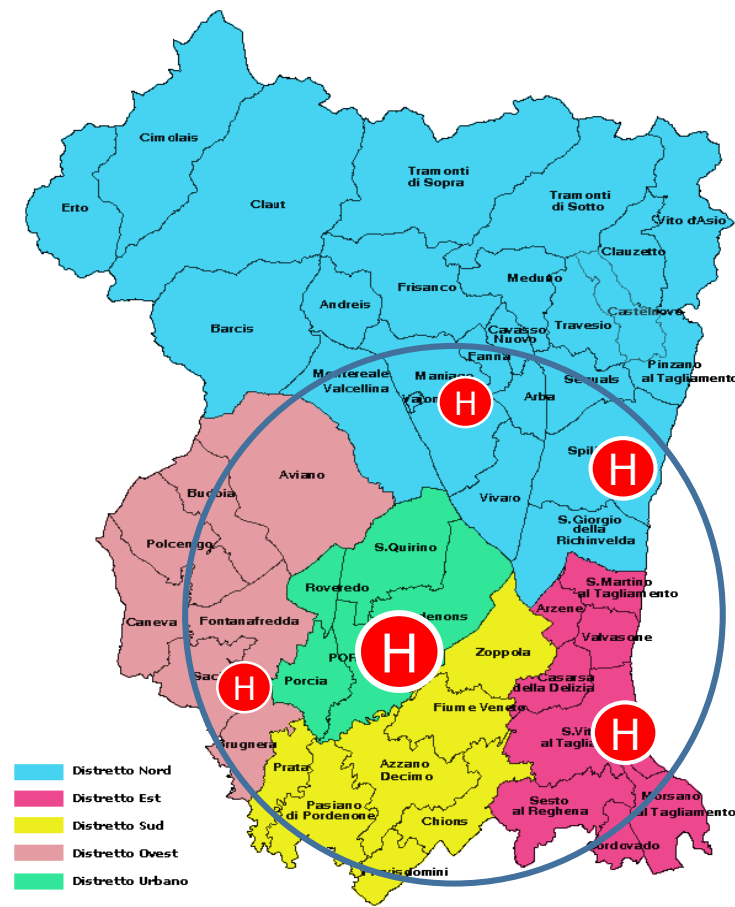
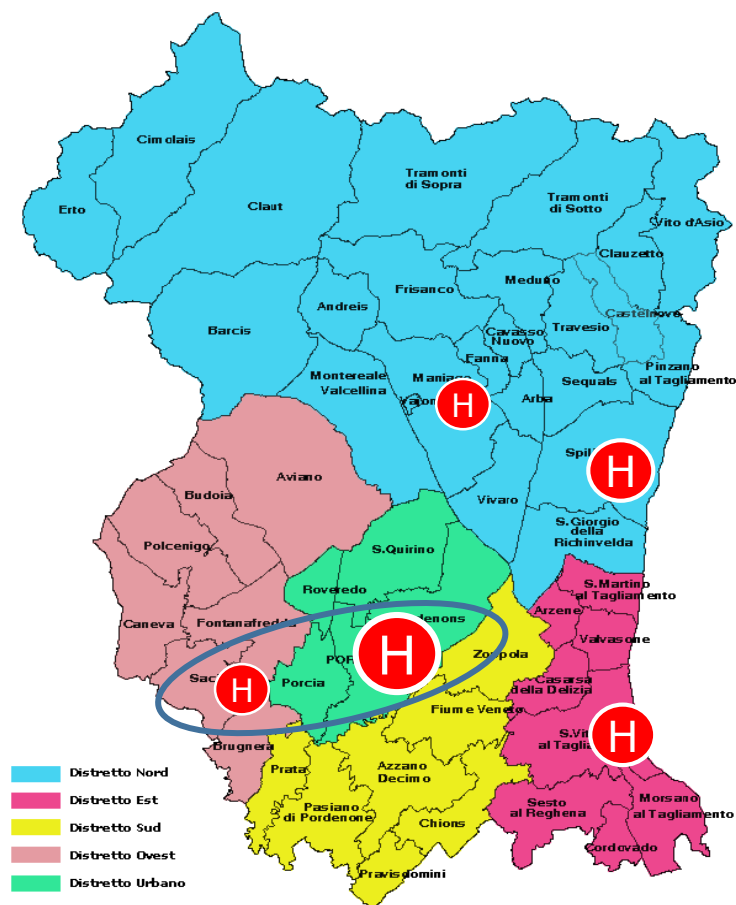
CRONOLOGIA DI UN CAMBIAMENTO



Data	Anagrafica e composizione aziendale
LR 13/1995	Revisione della rete ospedaliera regionale
1998 (mod. misto)	Azienda Ospedaliera SMDA (AOSMA) e Azienda per i Servizi Sanitari n° 6 (ASS n° 6) • AOSMA: Ospedale di Pordenone + funzioni ospedaliere residue del Presidio di Sacile • ASS n° 6: Funzioni Territoriali + Ospedali di San Vito, Spilimbergo e Maniago
2011 (mod. separato)	Azienda Ospedali Riuniti del Pordenonese (AORP) e Azienda per i Servizi Sanitari n° 6 (ASS n° 6) • AORP: Ospedale di Pordenone + funzioni ospedaliere residue del Presidio di Sacile + Ospedali di San Vito, Spilimbergo e Maniago • ASS n° 6: Funzioni Territoriali
LR 17/2014	Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
2015 (mod. unico)	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 «Friuli Occidentale» (AAS n° 5) • Funzioni Ospedaliere e Funzioni Territoriali



CRONOLOGIA DI UN CAMBIAMENTO



AOSMA e ASS n° 6
Modello misto (1998)

AORP e ASS n° 6
Modello separato (2011)

AAS n° 5
Modello unico (2015)

PRESIDIO OSPEDALIERO PER LA SALUTE DI SACILE (LR 17/2014)



AAS N° 5 (ex ASS n° 6) «Friuli Occidentale»

- Direzione Distretto Ovest (UCAD)
- UDMG
- **Medicina di Gruppo (6+3 MMG)**
- **RSA (28 PL)**
- MCA (ex Guardia Medica)
- **Ambulatori specialistici**
 - Dermatologia
 - Ginecologia
 - Medicina dello Sport
 - Oculistica
 - Odontostomatologia
 - ORL
- PUA
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
 - Servizio Riabilitativo Territoriale (SRT)
- Assistenza Riabilitativa Protesica
- AFIR
- Ufficio Amm. vo Assistenza Sanitaria
- Ufficio Amm. vo Anagrafe Sanitaria
- **Servizi Socio-Educativi per la Disabilità**
 - Centro Diurno (Colonia Agricola)
 - Centro Residenziale per Gravi e Gravissimi
 - Servizio Educativo Territoriale (S.E.T.)
 - Servizio Inserimento Lavorativo (S.I.L.)
- Ufficio Invalidi (EMDH)
- Centro di Salute Mentale con Centro Diurno
- Unità Operativa Distrettuale di NPI
- Consultorio Familiare
- Equipe specialistica “Maltrattamento e Abuso”
- Unità Territoriale per le Dipendenze
- UT del Dipartimento di Prevenzione
 - Invalidità civile
 - Ufficio sanitario e vaccinazioni adulti
 - Vaccinazioni pediatriche
 - Alimenti
 - Edilizia e Igiene Pubblica
 - Ispettorato Micologico
 - Servizio Veterinario
 - Cinovigilanza



PRESIDIO OSPEDALIERO PER LA SALUTE DI SACILE (LR 17/2014)



AAS N° 5 (ex AOSMA) «Friuli Occidentale»

- **Punto di Primo Intervento (h8-20)**
- Auto medicalizzata (h20-8)
- **Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) (28 pl)**
- SSD Cardiologia Preventiva e Riabilitativa
- SS Dialisi (5 PL)
- Chirurgia Ambulatoriale
- Laboratorio analisi
- SS Medicina Trasfusionale
- SS Radiologia con ecografia

- Ambulatori specialistici di area medica e chirurgica

Area Medica:

- Cardiologia
- Diabetologia
- Epatologia con ecografia
- Medicina Interna
- *Nutrizione Clinica e DCA*
- **Reumatologia ed Ecografia Articolare**

Area Chirurgica:

- Chirurgia generale
- Chirurgia maxillo-facciale
- **Microchirurgia e Chirurgia della Mano**
- **Oculistica**
- Ortopedia
- Ostetricia e Ginecologia
- Urologia



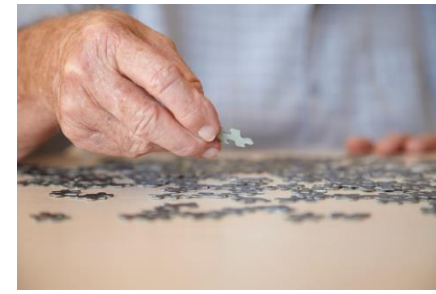
PRESIDIO OSPEDALIERO PER LA SALUTE DI SACILE (LR 17/2014)



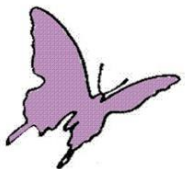
Comune di Sacile, Cooperazione Sociale e Volontariato

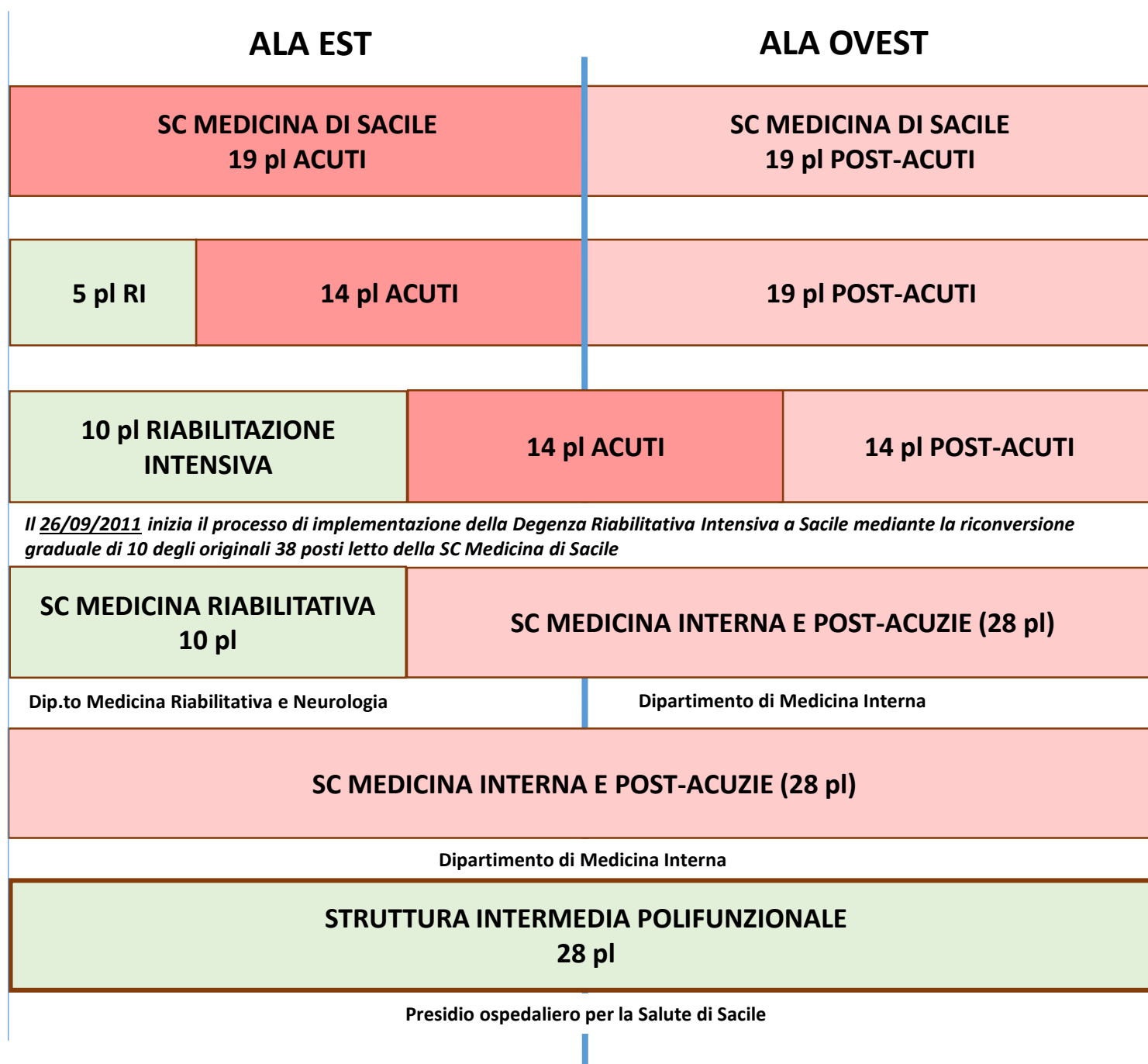
- **Servizi Sociali dei Comuni**
 - Ufficio Direzione e Programmazione
 - Staff
 - Servizio Sociale Professionale
 - Servizio Amministrativo
 - Ufficio Programmazione Amministrativa
 - Ufficio Programmazione Finanziaria
 - Aree di intervento
 - Area Infanzia e Adolescenza
 - Area Giovani e Famiglie
 - Area Inclusione sociale
 - Area Disabilità
 - Area Anziani
 - Area Programmazione Territoriale
 - Area Sviluppo di Comunità e PDZ
- **Residenza Protetta (CdR) (84 pl)**
 - Nucleo Azzurro (23 pl) per grandi anziani con prevalenti bisogni assistenziali
 - Nucleo Rosso (22 pl) per ospiti con prevalenti bisogni sanitari
 - Nucleo Verde (18 pl) per ospiti che necessitano di «riattivazione»
 - Nucleo Giallo (21 pl) con Giardino Alzheimer per ospiti con malattia di Alzheimer o altra patologia dementigena
- **Centro Diurno (30 posti) per auto e non-autosufficienti**
- **Farmacia Comunale**
- **Mensa Comunale**
- **Casa del Volontariato (23 associazioni)**





LA RICONVERSIONE DELLA SC MEDICINA INTERNA E POST-ACUZIE IN SIP





3° PIANO DEL PADIGLIONE MENECHINI: LA PROPOSTA



3° PIANO PADIGLIONE MENECHINI

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

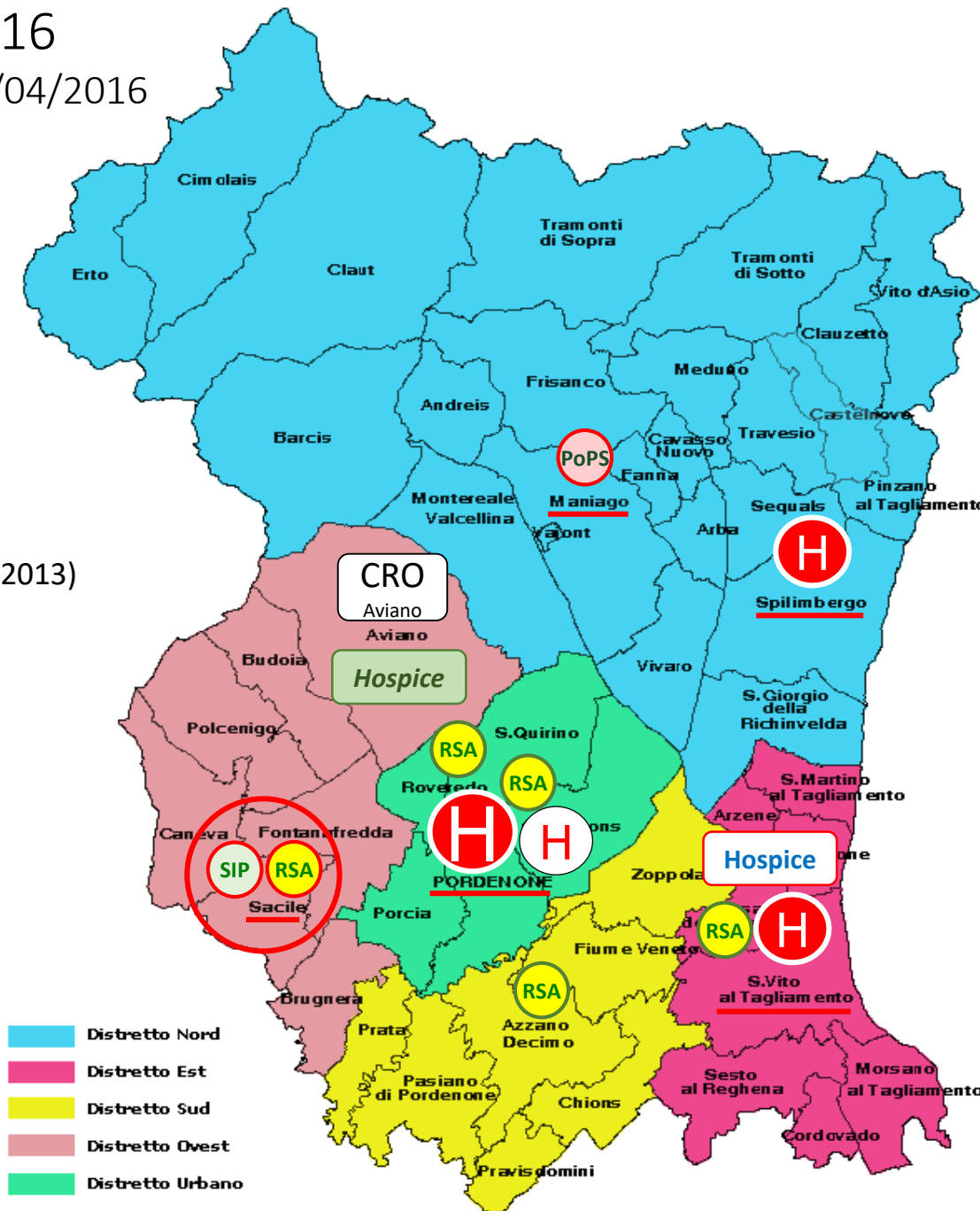
Decreto DG n° 228 del 28/04/2016

Attivazione SIP di Sacile



Provincia di PORDENONE

Superficie	2.178 km ²
Abitanti	314.644 (31/12/2013)
Densità	144,97 ab./km ²
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

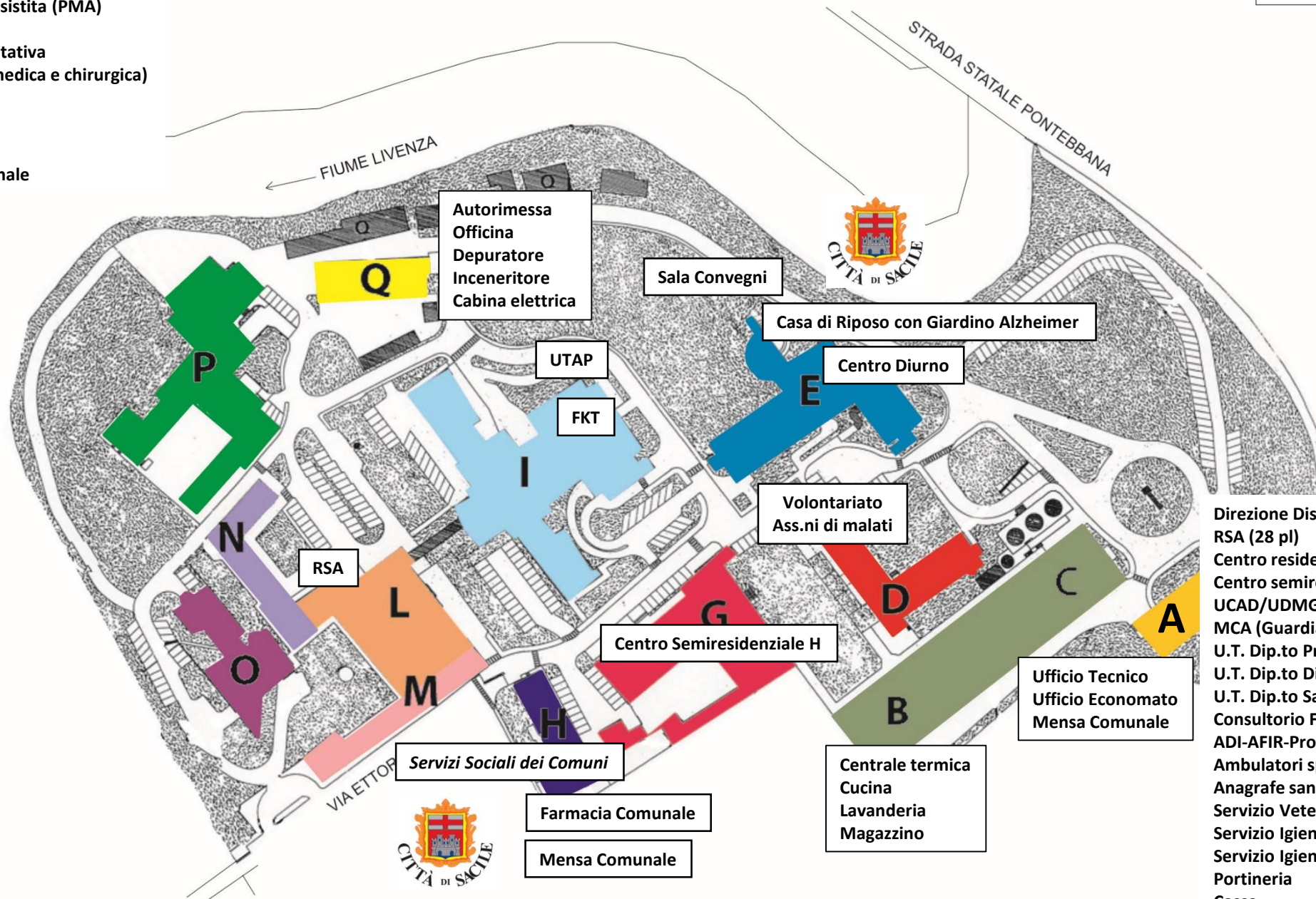
Pad. Agricola

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 MENEHINI

SITUAZIONE DAL 02 MAGGIO 2016



	ALA EST	ALA OVEST
4° piano	MEDICINA DI GRUPPO (6 MMG)	AMBULATORI FKT (SRT)
3° piano	STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE (SIP) (28 pl)	
2° piano		MEDICINA DI GRUPPO (3 MMG)
1° piano	CHIRURGIA AMBULATORIALE	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA SSD Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica
Piano rialzato	AMBULATORI SPECIALISTICI	PREVENZIONE CARDIOLOGICA SSD Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica

PADIGLIONE MENEHINI





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

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

OBIETTIVI

PATIENT- CENTERED CARE

Assistenza basata sui bisogni della persona secondo il modello dello “Human Caring”



Approccio bio-psico-sociale

**INTEGRAZIONE
INTERPROFESSIONALE**
(Internista, MMG/MCA,
Infermiere, Fisioterapista e OSS)



[illegible]

Data.....

MEDICO	_____
INFERMIERE /CI	_____
FISIOTERAPISTA	_____
FAMILIARE	_____
RESPONSABILE DI STRUTTURA	_____
RESPONSABILE DEL CASO	_____
REFERENTE DEL PROGETTO	_____

MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE (M. Gordon)

Approccio olistico e sistemico per la presa in carico globale della persona

MODELLI FUNZIONALI DI M. GORDON

- Modello di percezione-gestione della salute
- Modello nutrizionale –metabolico
- Modello di eliminazione
- Modello di attività ed esercizio fisico
- Modello di riposo e sonno
- Modello cognitivo-percettivo
- Modello di percezione di se' –concetto di se'
- Modello di ruolo-relazione
- Modello di sessualità-riproduzione
- Modello di adattamento-tolleranza allo stress
- Modello di valori-convinzioni

Approccio bio-psico-sociale

ASSISTENZA MODULARE

Modello organizzativo professionale in cui ad ogni mini equipe è assegnato un piccolo numero di assistiti accolti in uno specifico modulo all'interno della struttura



mini equipe



mini equipe



mini equipe



Empowerment dell'assistito e del care giver
Promozione del self care

RIABILITAZIONE D'INIZIATIVA

COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA/CARE GIVER E DEL VOLONTARIATO



