



Federazione
Friuli V.G.

**CONVEGNO
FEDERALISMO SANITARIO E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA:
LE PROPOSTE DI FEDERSANITA' ANCI FVG E VENETO**

23 febbraio 2009, inizio ore 9- Sala convegni Fondazione CRUP - UDINE

**PRESENTAZIONE “DOCUMENTO DI STUDIO E VALUTAZIONE DELLE
ESPERIENZE ASSISTENZIALI ATTUATE IN FRIULI V.G. E VENETO”**

**A cura del Gruppo di Lavoro Federsanità ANCI FVG e Veneto
“Salute e Welfare a Nordest”**

“Federalismo sanitario e continuità dell’assistenza: le proposte di Federsanità ANCI FVG e Veneto”, è questo il tema del convegno interregionale organizzato da Federsanità ANCI federazioni Friuli Venezia Giulia & Veneto, in collaborazione con le rispettive Regioni e tenutosi il 23 febbraio a Udine, presso la sede della Fondazione CRUP. Si è trattato di un’importante confronto sulla valutazione delle iniziative realizzate da entrambi i sistemi sanitari e sociosanitari regionali. Inoltre, tale evento concluso dagli interventi degli assessori alla Salute e protezione sociale della Regione FVG, Vladimiro Kosic e alle Politiche sanitarie del Veneto, Sandro Sandri, alla presenza di quasi un centinaio di persone tra amministratori locali, dirigenti, operatori ed esperti, ha costituito il degno coronamento della prima parte del percorso avviato nel settembre 2007 nel Municipio di Portogruaro. Dopo la riunione congiunta dei due direttivi sono infatti state realizzate numerose riunioni, approfondimenti e tre convegni a Rovigo, Precenico e Trieste. Sono seguiti anche alcuni seminari tecnico scientifici presso gli ospedali S.M.A. di Pordenone, Treviso, Padova e presso l’USL di Pieve di Soligo (TV).

*Un sentito ringraziamento per l’ottimo lavoro svolto nel segno della concretezza e della valutazione dei risultati va ai coordinatori del **GL interregionale di Federsanità ANCI FVG & VENETO “Salute e welfare a Nord Est”**, Paolo Saltari (FVG), direttore generale azienda ospedaliera S.M.A. di Pordenone e Angelo Lino Del Favero (Veneto), direttore generale ULSS 7 Pieve di Soligo (PN) e a tutti i componenti del gruppo di lavoro : Giorgio Simon, responsabile Area clinical governance Agenzia Regionale Sanità del Friuli V.G., coordinatore GL “Cure primarie” di Federsanità ANCI Friuli V.G., Andrea Luigi Collareta, direttore sanitario ASS n. 5 Bassa friulana Fabrizio Fontana, direttore sanitario Azienda ospedaliero universitaria S.M.M. – Udine, Fabio Bonetta, direttore generale ASP- Azienda Servizi alla Persona ITIS – Trieste, Daniele Donato, direttore sanitario Azienda ULSS n. 16, di Padova, Pier Paolo Faronato, direttore sanitario Azienda ULSS n. 9, di Treviso, Chiara Santin, direttore Casa di Riposo SER.S.A. - Servizi Sociali Assistenziali, di Belluno Giorgio Pavan, dirigente ISRAA, Istituto per servizi di ricovero e assistenza agli anziani, di Treviso e Tiziana Del Fabbro, direttore e responsabile comunicazione di Federsanità ANCI Friuli V.G.*

Dott. Giuseppe Napoli
Presidente Federsanità ANCI federaz. FVG

Dott. Roberto Vendrasco
Presidente Federsanità ANCI federaz. Veneto

Di seguito il

Documento di studio e valutazione delle esperienze assistenziali attuate in Friuli Venezia Giulia e Veneto

“Le politiche sanitarie, anche a livello internazionale, riconoscono il welfare state, come strumento per garantire lo sviluppo dello stato sociale nel suo complesso. La stessa Unione Europea richiama costantemente l’attenzione su aspetti attuali e scottanti, come l’ occupazione o le conseguenze dell’invecchiamento demografico”. Illustra il presidente di Federsanità ANCI Friuli V.G., Giuseppe Napoli. Soprattutto quest’ ultimo aspetto potrà comportare un significativo aumento del numero di persone affette da malattie croniche, come demenza, osteoporosi, malattie cardiovascolari, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BCPO), cioè malattie che sono correlate all’aumento dell’età e hanno un forte impatto sulla disabilità. Problematiche che possono avere serie ricadute sulla salute della popolazione e che presuppongono innovative scelte di programmazione strategica basate sul massimo livello di integrazione. L’ Ocse ha stimato che la spesa totale media dei paesi dell’Europa occidentale per la long-term care ai soggetti non autosufficienti è pari a circa l’1,5% del PIL annuo. Nei paesi dell’Unione europea gli anziani ultrasessantacinquenni ricoverati in istituzione sono compresi mediamente fra il 5 e il 7% mentre quelli assistiti a domicilio sono compresi fra il 5 e il 17% secondo i vari paesi.

“L’ organizzazione dei percorsi assistenziali deve necessariamente prevedere uno stretto collegamento con le attività sociali per la realizzazione di servizi socio – sanitari, dinamici e flessibili, rivolti ai differenziati bisogni del cittadino – utente, in un’ottica di continuità dei percorsi”, precisa Paolo Saltari, direttore generale dell’ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone”. In Italia nei prossimi quarant’anni la popolazione ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente. È possibile prevedere che l’invecchiamento della popolazione comporterà un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche e disabilità. Lo stesso trend demografico si osserva anche nelle regioni del Nordest, anche se in particolare in Veneto l’immigrazione straniera, caratterizzata da una maggioritaria presenza giovanile ha in parte limitato gli effetti problematici del basso tasso di fecondità e della maggior speranza di vita . Secondo recenti dati Istat oggi un quinto circa della popolazione è ultrasessantacinquenne (Figura 1).

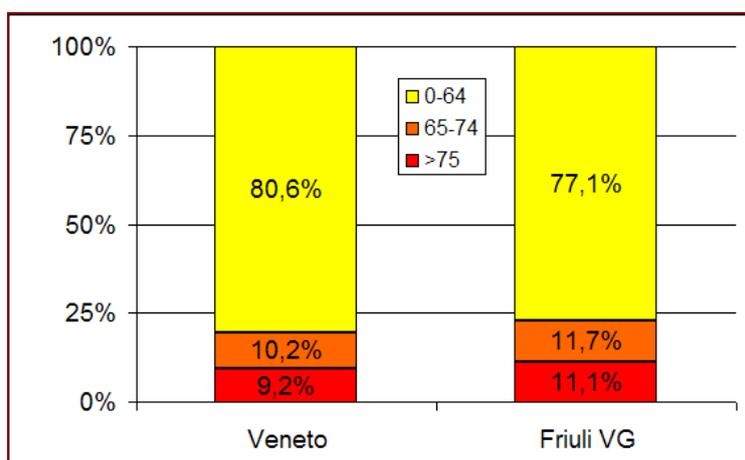


Figura 1: Elaborazione da dati demografici Istat – Veneto e Friuli Venezia Giulia 2007

“Tali fenomeni demografici determinano pertanto un cambiamento nei bisogni di salute della popolazione al quale l’assistenza sanitaria deve adeguarsi modificando i propri modelli organizzativi; ad un’evoluzione delle strutture ospedaliere, ad elevata complessità tecnologica e sempre più orientate alla gestione specialistica della fase acuta di malattia, si contrappone il progressivo sviluppo della rete dei servizi territoriali, chiamata a gestire nel quotidiano la cronicità e la non autosufficienza”, evidenzia Saltari. “Ma i progressi in tali ambiti rischiano di non essere efficaci, se non si sviluppa anche un efficiente sistema di comunicazione tra ospedale e territorio. Nel contesto del Nord Est in generale, dove esiste una forte “tradizione” e cultura della solidarietà, si sono spesso sviluppati esempi di tale modello “dell’integrazione”, sia a livello di normativa che a livello di progetti innovativi in area sanitaria e socio-sanitaria, al fine di dare nuove risposte ai bisogni emergenti di una popolazione che invecchia.

La continuità assistenziale: una priorità per il paziente con patologie croniche. Come rafforzare la rete dei servizi sul territorio.

Nelle regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia la promozione della domiciliarità delle persone anziane ed in parallelo, l’integrazione tra i servizi diversi presenti nel territorio, sia a livello sanitario, che sociale sono da tempo una priorità fin dai primi anni di introduzione delle ASL/ULSS, per la gestione e l’organizzazione di attività integrate sanitarie e sociali a favore dei cittadini, e in particolare della popolazione anziana⁷.

La presa in carico della persona anziana fragile, affetta da patologie croniche multiple, non può trovare una risposta esaustiva nel solo ospedale per acuti. Pertanto sempre più frequentemente, ed in particolare nelle nostre Regioni, si stanno sviluppando progettualità orientate a garantire percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali omogenei dal momento della prima diagnosi al momento dell’exitus. Il “primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il Servizio Sanitario” e protagonista nella continuità delle cure è rappresentato dalle “Cure Primarie”ⁱ che comprendono tutti i servizi e le prestazioni di cui i cittadini possono fruire a livello territoriale, riferibili alla medicina generale, alla continuità assistenziale e a tutti i servizi dei distretti socio-sanitari. Tale rete di servizi negli ultimi anni sta andando incontro ad un notevole sviluppo, assumendo un ruolo sempre più importante nel garantire i livelli essenziali di assistenza al cittadino. L’assistenza primaria, grazie alla rete dei servizi, intercetta infatti i bisogni percepiti dalla popolazione, li traduce in termini di problemi di salute e bisogni assistenziali, e li affronta con interventi di prevenzione o di diagnosi e cura, attivando percorsi diagnostico terapeutici omogenei, in particolar modo per le persone più fragili.

Obiettivo del presente documento è, pertanto, quello di delineare un modello di riferimento per la presa in carico del paziente cronico, con particolare attenzione all’integrazione dei diversi servizi e la continuità delle cure. A tal proposito si è scelto di utilizzare come patologia di riferimento. L’ictus cerebri.

L’ictus cerebrale è, per vari motivi, una patologia ideale per costruire il modello della continuità assistenziale:

L’ictus Cerebri: un modello per la continuità assistenziale.

L’ictus cerebrale rappresenta in Italia, come in altri paesi industrializzati, la terza causa di morte (10-12% dei decessi), dopo malattia cardiovascolare e neoplasie, la seconda causa di morte nella popolazione ultrasessantacinquenne, e la prima causa di perdita dell’autosufficienza.

Le proiezioni dello studio ILSA, per quanto riguarda l’incidenza di ictus in Italia, forniscono la stima di 130.000 nuovi casi all’anno (150.000 se si considerano anche le recidive)ⁱⁱ.

Nonostante la mortalità per ictus sia in declino, è previsto in futuro un aumento dell'incidenza di tale patologia, legato all'invecchiamento della popolazione, con una prevalenza prevista per il 2020 intorno al milione di persone.

L'ictus cerebrale è, per vari motivi, una patologia ideale per costruire il modello della continuità assistenziale:

- Si tratta, come è evidente dai dati epidemiologici, di una patologia ad elevata prevalenza ed elevata mortalità (intorno al 30% sulla base di stime approssimate alla media europea)
- Viene ricoverata in ospedale la quasi totalità pazienti con ictus acuto, circa un terzo dei quali risulta in condizioni di criticità e quindi necessita di trattamento in emergenza..
- Il numero di soggetti con ictus acuto che in Italia sfugge al ricovero è trascurabile.
- Si tratta di patologia ad alto impatto sociale, in quanto circa il 35% dei pazienti con ictus presenterà una grave invalidità residua nello svolgimento delle attività quotidiane
- Il recente sviluppo delle conoscenze scientifiche, basate sull'evidenza, ha messo in luce importanti novità terapeutiche per i soggetti colpiti da ictus; in particolare sul fronte della fase acuta la possibilità di ri-perfusione del territorio vascolare interessato, e sul fronte della gestione globale di tali pazienti la dimostrazione dell'efficacia in termini di aumento della sopravvivenza e riduzione della disabilità residua di un approccio assistenziale integrato, multidisciplinare e organizzato. Entrambi questi approcci necessitano di una forte integrazione tra diversi servizi, sia a livello ospedaliero che territoriale.

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005, riconoscendo nell'ictus un rilevante problema di sanità pubblica, identificava tra le azioni prioritarie l'individuazione di "un percorso integrato di assistenza al malato che renda possibile sia un intervento terapeutico in tempi ristretti per evitare l'instaurarsi di danni permanenti, e dall'altro canto, un tempestivo inserimento del paziente già colpito da ictus in un sistema riabilitativo che riduca l'entità del danno e favorisca il recupero funzionale".

In tale contesto le Regioni del Nord Est hanno sviluppato diverse iniziative sia a livello epidemiologico, sia nell'ambito della programmazione ospedaliera, sia nello sviluppo della rete di strutture e strumenti per supportare in modo adeguato le necessarie innovazioni assistenziali per i pazienti con ictus.

La gestione dell'ictus in acuto: In rapporto alla gestione della fase acuta vengono distinte la fase di pre-ospedalizzazione da quella dell'ospedalizzazione. Per quanto riguarda la **fase pre-ospedaliera** devono essere identificati ed inseriti nelle procedure, in modo chiaro ed oggettivo, i criteri di ospedalizzazione dei pazienti con stroke, le indicazioni al ricovero nelle diverse strutture e ai diversi trattamenti specialistici.....**Per quanto riguarda la fase ospedaliera** in tutti i Pronti Soccorsi deve essere previsto un "Percorso per lo Stroke" predefinito

Uno degli obiettivi generale del modello sanitario del Nord Est è quello di garantire a qualsiasi cittadino venga colpito una patologia, e nel particolare da ictus, le medesime possibilità di diagnosi e trattamento. Le diverse aziende sanitarie locali, per raggiungere questo comune obiettivo, devono tuttavia mettere in atto soluzioni organizzative anche molto diverse, in relazione alle caratteristiche del territorio in cui opera, alla densità della popolazione nel territorio stesso, alle caratteristiche ed alle competenze specialistiche dei presidi ospedalieri. Ben diverso sarà pertanto il modello da applicare in territori di pianura, da quello efficace per aree montane o pedemontane.

Si può citare, tra le diverse esperienze di riferimento, quella dell'Area Vasta Belluno-Treviso (ULSS 1, ULSS 2, ULSS 7, ULSS 8, ULSS 9), caratterizzata da un territorio variegato, con zone di pianura e zone montane in cui è stato disegnato e messo in atto un modello organizzativo che permetta di garantire, in caso di sospetto ictus, le stesse risposte in tutto il territorio ⁱⁱⁱ.

In linea con gli orientamenti scientifici ed organizzativi internazionali, è stato previsto un progressivo spostamento dei ricoveri per ictus dall'ambito neurologico, internistico, geriatrico e delle rianimazioni, a in strutture in ambito neurologico con letti monitorati e dedicati (stroke unit) come da indicazioni internazionali, accolte dalla regione Veneto ^{iv}.

Progettualità analoghe sono al momento in essere anche in altre realtà regionali sia della Regione Veneto, che del Friuli Venezia-Giulia, dove unità operative dedicate alla cura dell'ictus sono presenti a Trieste, Udine Pordenone, e S.Vito al Tagliamento – PN (Ospedale di Rete).

La presa in carico dell'ictus nel territorio.....

ESPERIENZA DELL'OSPEDALE "SANTA MARIA DEGLI ANGELI" DI PORDENONE

In un percorso ottimale occorre individuare il miglior *setting* riabilitativo in base alle condizioni cliniche e di disabilità del paziente oltre che alla distanza temporale dall'evento acuto.

La scelta del *setting* più appropriato deve basarsi sulle possibilità di recupero della persona disabile. L'azienda Ospedaliera S.M.A. di Pordenone ha definito specifici percorsi assistenziali-riabilitativi post-ictus, basati sulla gravità clinica ed il conseguente livello di disabilità. La definizione di uno specifico progetto riabilitativo, infatti, deve basarsi su criteri quanto più possibile oggettivi che definiscono le priorità idonee a selezionare le persone che possono trarre il maggior beneficio dagli specifici programmi riabilitativi.

Criteri omogenei permettono di condividere le modalità valutative che caratterizzano la fase di dimissione dal reparto per acuti e di inserire correttamente il paziente nel percorso verso:

- il domicilio se il recupero è stato buono, ed il paziente è autosufficiente;
- il domicilio con la pianificazione di un programma riabilitativo ambulatoriale;
- la casa di riposo e la pianificazione di interventi assistenziali e riabilitativi integrati;
- la sezione di riabilitazione intensiva ospedaliera con una gestione specialistica del programma riabilitativo;
- la SRI con funzione dedicata per le problematiche complesse ad alto contenuto assistenziale e riabilitativo.

Un protocollo specifico e particolare di dimissione protetta da definire è quello del passaggio dall'ospedale per acuti alle strutture residenziali presenti nel territorio. Infatti non sempre le condizioni del paziente con ictus alla dimissione, e la situazione della sua rete sociale, sono tali da permettere una gestione del caso a domicilio.

Oltre a ciò risulta fondamentale garantire la continuità nella fiducia che la famiglia ripone nelle istituzioni, garantendo le corrette comunicazioni tra i professionisti prima e dopo il passaggio del paziente da una struttura all'altra. In questo modo la famiglia dovrebbe percepire i diversi servizi territoriali come un tutt'uno al cui centro viene messa la persona malata.

ESPERIENZA ASP ITIS DI TRIESTE

Un esempio operativo di **come si possa realizzare la continuità dell'assistenza in quest'ambito è rappresentato dall'esperienza dell'A.S.P. Azienda pubblica di servizi alla persona ITIS, di Trieste. Al momento della presa in carico del paziente con ictus viene**

effettuata un'avalutazione multidimensionale, con particolare attenzione a tutte le possibili capacità residue della persona. Questo avviene sia tramite l'acquisizione della documentazione pregressa, che con l'osservazione del nuovo ospite e la valutazione del fisioterapista. Sulla base delle informazioni raccolte si rilevano i problemi e viene formulato il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

1. In particolare vengono programmati gli interventi volti a prevenire le complicazioni.

Tutte le attività hanno il fine di recuperare l'autonomia della persona nel compiere manovre di prima necessità come il mangiare, bere e le altre attività di base (lesione recente), il mantenere costantemente l'autonomia residua evitando un ulteriore peggioramento dei deficit e della disabilità (lesioni pregresse) e il prevenire tutte le complicanze della sindrome da immobilizzazione.

Tutti i miglioramenti, o peggioramenti, vengono monitorati nel tempo grazie alla compilazione periodica di scale validate da parte del personale dell'equipe

L'importanza della continuità dell'informazione

Dal confronto tra esperienze è emerso con grande chiarezza come uno dei punti chiave in ogni progettualità finalizzata a garantire la tempestività e la continuità dell'assistenza, sia la continuità delle informazioni tra un servizio e l'altro.

Si tratta non solo di un' esigenza di tipo culturale (operatori di servizi diversi devono usare gli stessi strumenti e comunque "parlare la stessa lingua"), ma anche legata a scelte organizzative.

Lo studio verrà esteso anche ad altre realtà delle due Regioni.
