

INCONTRO INTERREGIONALE

FEDERSANITA' ANCI FEDERAZIONI FRIULI VENEZIA GIULIA E VENETO

“INDIVIDUAZIONE DI UN SET DI INDICATORI FINALIZZATI ALLA VALUTAZIONE IN TERMINI DI SALUTE ED ECONOMICHE DELLE ESPERIENZE DI DEOSPEDALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELLE CURE REALIZZATE NELLE DUE REGIONI”

**VENERDI' 27 GIUGNO 2008
SALA CONSILIARE COMUNE DI PRECENICCO**

Esperienze di continuità delle cure

Nicola Delli Quadri, Direttore generale ASS 6 Friuli Occidentale

Nell'Area Vasta pordenonese sono attivi processi di continuità delle cure consolidati e sperimentati nell'attività da circa un decennio.

Dal 2000 è operativo un **“PROTOCOLLO PER LE DIMISSIONI PROTETTE”**, destinatario, nel 2000, del premio Cento Progetti al servizio dei cittadini, istituito dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Tale progetto, divenuto ormai programma di integrazione fra le strutture: ASS6, distretti e ospedali di rete, Ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Medici di Medicina Generale, La Provincia e i Comuni con i Servizi sociali, Il CRO, La Casa di Cura S. Giorgio, il Volontariato, gestisce circa 1000 dimissioni protette all'anno ed è giunto alla sua terza revisione.

Il protocollo prevede degli *indicatori* per le dimissioni protette dall'ospedale (pazienti a rischio):

- a) n° schede di segnalaz. corredate con tutta la documentazione prevista sul totale delle schede
- b) n° dimessi con trasmissione lettera infermieristica e scheda riabilitativa sul n° totale soggetti dimessi con necessità di continuità assistenziale
- c) n° casi rientranti nel target non segnalati e dimessi
- d) **n° paz. con ricoveri ripetuti entro 72 ore**
- e) Dimissioni precoci (modalità di rilevazione sperimentato dai distretti)
- f) % mancate risposte scritte sul totale soggetti segnalati e dimessi dopo i 5 giorni (indicatore rilevato solo da AOSMA)

DIABETE: In ambito diabetologico si è costituita una rete fra i medici di medicina generale e gli specialisti che prevede un algoritmo di governance dei

pazienti con un primo livello nella responsabilità clinica e gestionale dei MMG, e i successivi livelli condivisi con gli specialisti diabetologi. Tale rete è caratterizzata da programmi di formazione e ricerca comuni. Nell'Area Vasta pordenonese in tale modo vengono seguiti circa 15.000 diabetici.

Gli *indicatori* previsti riguardano la tempistica dei controlli secondo protocolli condivisi e i livelli di emoglobina glicata attesi.

CURE PALLIATIVE: Un programma di cure palliative che mette in relazione l'hospice di S. Vito al Tagliamento, i MMG e la rete distrettuale è attivo per consentire la continuità assistenziale alle persone con problemi di terminalità, sia in regime residenziale che domiciliare con un intervento da parte di un'equipe medico e infermieristica che supporta le necessità assistenziali al domicilio della persona che ne fa richiesta e che presenta una rete di supporto socio-familiare adeguata.

PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI: ICTUS , la RSA riabilitativa neurologica

Nel 2007 è stato completato un percorso che garantisce la continuità assistenziale alle persone colpite da ictus. Il programma prevede un'organizzazione integrata fra l'ospedale di Pordenone, le strutture territoriali e una RSA con una sezione riabilitativa neurologica, appositamente attivata all'interno di una Casa di Riposo comunale. Gli attori quindi sono rappresentati da personale e risorse messe in campo dall'ASS6, dall'Ospedale di Pordenone e dal Comune di Pordenone. Il percorso delle persone colpite da ictus prevede una prima fase di valutazione e assistenza sub-intensiva all'interno dell'ospedale con immediato avvio delle pratiche riabilitative.

Superata la fase acuta e raggiunto uno stadio di equilibrio clinico, il fisiatra individua le persone suscettibili di ulteriore programma riabilitativo e le invia all'RSA, dove viene proseguita, senza soluzione di continuità, la riabilitazione avviata in ospedale. Alla fine del trattamento in RSA la persona viene valutata e, in accordo con la famiglia e il MMG viene rinvia a domicilio dove può proseguire la riabilitazione con l'intervento del servizio di riabilitazione domiciliare. Anche in questo caso senza soluzione di continuità e utilizzando protocolli e procedure condivisi, completa conoscenza degli antecedenti e del follow-up previsto.

INDICATORI: valutazione funzionale con scala BINA all'ammissione e alla dimissione;

rapporto fra i dimessi a domicilio e i dimessi in strutture protette.