



4^a



**Conferenza
Nazionale
degli Ospedali
per la Promozione
della Salute**

Reggio Emilia, 16 e 17 novembre 2000

OBIETTIVO DEL PROGETTO:

L'attivazione della 229 in merito alla "Continuità di cura" ed alla ricostruzione del percorso assistenziale presuppone il trasferimento dell'atto medico dalle funzioni ai processi e individua un responsabile del processo, dalla diagnosi al decesso, che va oltre i limiti del reparto, del dipartimento e dell'Azienda, ma si muove per garantire una qualità trasversale dell'atto medico-assistenziale.

POPOLAZIONE TARGET:

Popolazione dei pazienti affetti da neoplasia polmonare accertata della provincia di RE.
Programma di attività - Accoglienza del paziente, presentazione di un programma terapeutico a più livelli con opzioni variabili durante il percorso, gestione continua del rapporto col Curante, con la Famiglia e con le Strutture territoriali e di Volontariato.

INDICATORI:

Sono volti a controllare le azioni di prevenzione per ridurre l'incidenza del tumore del polmone per migliorare il percorso diagnostico-terapeutico, per dare al paziente un trattamento efficace e consentirgli di mantenere il livello più alto possibile di qualità di vita. Le Strutture coinvolte sono la Medicina di Base, la Medicina del Lavoro, la Medicina Specialistica Ambulatoriale di territorio e ospedaliera e l'Unità Operativa di Pneumologia. In ambito ospedaliero le competenze professionali anche trasversali ai vari dipartimenti: oncologo, radioterapista, chirurgo toracico, terapista del dolore, riabilitatore, psicologo e assistente sociale. Il processo va controllato attraverso la creazione di una cartella unica integrata interdipartimentale che indichi tutte le procedure effettuate. Indicatori di risultato sono individuati attraverso 1) scale di valutazione della qualità della vita 2) scale di autovalutazione del grado di ansia (di Zung W. W. K).3) Scale di autovalutazione della depressione (di Zung W. W. K). Tutto il processo tende alla visualizzazione dei risultati con l'obiettivo di attivare un registro tumori aggiornato, di aumentare la percentuale di diagnosi con questo processo e di ridurre la percentuale di diagnosi allo stadio III B e IV.

LA DIVISIONE DI GERIATRIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA E LA RETE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA: UN PERCORSO ORGANIZZATIVO VOLTO A MIGLIORARE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

*A.Ferrari * G.Bellesia * M.L.Davoli* C.Casali ** P.Naldi** L.Meli ** L.Sircana****

**U. O. di Geriatria - Dipartimento Medico II° - Azienda Ospedaliera A.S.M.N. - Reggio Emilia*

*** Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera A.S.M.N. - Reggio Emilia*

**** Servizio Sociale Ospedaliero - Azienda U.S.L. - Reggio Emilia*

PREMESSA:

L'integrazione funzionale in rete di tutti i servizi rivolti alla popolazione anziana fragile risulta essenziale per garantire la continuità delle cure.

La realizzazione di Aziende Sanitarie autonome, suddivise in produttrici e acquirenti di prestazioni, ha reso più problematico il raccordo tra le Divisioni di Geriatria inserite nelle Aziende Ospedaliere ed i servizi territoriali per la popolazione anziana, in genere afferenti alle Aziende U.S.L. Nel Distretto di Reggio Emilia, fino all'Agosto 99, coesistevano una rete di specialisti Geriatri territoriali afferenti alla Medicina di Base (A.U.S.L.), una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) a gestione diretta (A.U.S.L.), un Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.) operante attraverso UVG con personale geriatrico della AUSL una Divisione di Geriatria della Azienda Ospedaliera completamente avulsa dal sistema di rete. In questo contesto la valutazione dei pazienti anziani ricoverati nei presidi dell'Azienda Ospedaliera e bisognosi di usufruire dei servizi di rete era eseguita dalle UVG territoriali. Ciò comportava tempi eccessivamente lunghi per la definizione del percorso assistenziale, in contrasto con la necessità di garantire "una risposta modulata per inten-

sità coniugata alla continuità assistenziale” come previsto dalla riorganizzazione sanitaria in Emilia Romagna.

OBIETTIVI:

realizzare un collegamento operativo stabile tra Azienda Ospedaliera e rete dei Servizi Territoriali per la popolazione anziana nel rispetto delle normative vigenti

- ridurre i tempi di attesa per la valutazione della UVG e la definizione di un percorso personalizzato alla dimissione per tutti i pazienti anziani fragili ricoverati nelle Divisioni dell'Azienda Ospedaliera per i quali emergesse la necessità di utilizzare la rete dei Servizi Territoriali.

INDICATORI DI RISULTATO:

- ingresso di un rappresentante della Azienda Ospedaliera nell'Ufficio di Direzione del S.A.A.
- riduzione dei tempi di attesa tra la presa in carico da parte del Servizio Sociale Ospedaliero e la valutazione da parte della U.V.G

PERCORSO ORGANIZZATIVO:

La realizzazione del progetto si è svolta per tappe successive:

- sensibilizzazione della Direzione Aziendale ai problemi sopra esposti nel contesto di una ridefinizione dei percorsi interni per le dimissioni protette.
- stesura di un documento formale contenente l'analisi dell'esistente, le criticità emerse, le proposte riorganizzative ed invio dello stesso alla Direzione dell'Azienda U.S.L. e al Sindaco del Comune sede di Distretto
- firma dell'Accordo di Programma Distrettuale (art. 14, punto 1 della Legge Regionale n°5/94) da parte dell'Azienda Ospedaliera con ingresso di un suo delegato nell'Ufficio di Direzione del S.A.A. Distrettuale, costituzione di una UVG Ospedaliera.

RISORSE AGGIUNTIVE COINVOLTE:

- 1 Medico geriatra per n° 2 ore/die/5gg/settimana -1 Infermiere Prof. per n° 2 ore/die/5gg/settimana

RISULTATI E CONCLUSIONI:

- 1) Ingresso di un membro dell'Az. Ospedaliera nell'ufficio di Direzione del SAA. distrettuale
- 2) Tempo d'attesa tra "presa in carico" da parte del Servizio Sociale Ospedaliero e Valutazione UVGH: da 11,41 a 7,08 (rilevazione campione 45 casi stesso periodo 1998 e 40 casi stesso periodo 1999; non ancora disponibili i dati del periodo correlato del 2000)