

Integrare il sistema Trieste dedicato alla salute

L'esperienza dei percorsi integrati di cura per il paziente con frattura di femore

Sino al 2014 l'ospedale (Cattinara e Maggiore) ed i servizi territoriali (distretti, salute mentale, assistenza domiciliare, cure primarie, ecc.) erano entità fortemente separate, a volte in competizione tra loro. L'avvio del riordino del Sistema Sanitario Regionale rappresenta la naturale occasione per realizzare il superamento delle divisioni tra ospedale, servizi del territorio e cure primarie attraverso un lavoro di cooperazione. Questo può iniziare integrando le attività cliniche e assistenziali necessarie per ogni singolo ammalato. Con questo primo passo, come dimostrato in molti altri Paesi europei e in numerose Nazioni degli Stati Uniti, gli operatori della si avvicinano sempre più al paziente, responsabilizzati alla tutela della salute per conseguire risultati comuni.

Il processo di integrazione è lungo e pieno di ostacoli, ma nel 2014 i professionisti dell'ospedale e dell'azienda sanitaria sono stati chiamati a condividere e costruire i "percorsi diagnostico terapeutici assistenziali" (PDTA o percorsi di cura integrati) per sette malattie prevalenti tra i nostri cittadini. Il PDTA è una metodologia di lavoro che permette ai professionisti della salute di trattare la persona ammalata ed il suo problema di salute cooperando, in quanto richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema molto complesso. Le

esperienze, talora con il supporto delle Associazioni dei malati, hanno mirato a valutare la congruità delle attività rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili.

La costruzione del processo di cura, nel senso di "percorso", ha permesso di definire obiettivi chiari e condivisi, ruoli e ambiti di intervento. Inoltre, ha fornito l'evidenza delle informazioni necessarie ed importanti per la persona malata, spesso da restituire loro o al loro medico di fiducia, e ha esplicitato i compiti a ciascun operatore. Il valore aggiunto dei PDTA è insito nella valorizzazione dell'esito-outcome come obiettivo e non tanto come prodotto, coinvolge più discipline, consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei reciproci ruoli (in questo modo la "competizione" viene meno).

Solo teoria? Vediamo cosa è successo nella pratica del lavoro in ospedale o negli ambulatori dei distretti e negli ambienti dedicati del territorio.

In uno di questi percorsi, quello dedicato alle persone con *frattura di femore*, sono stati individuati standard di qualità e risultato da garantire al paziente. Questo ha permesso di comparare un percorso teorico (ideale) tracciato sulla carta con quello praticato realmente nel territorio triestino, ossia si è indicata la strada maestra

per migliorare.

L'interesse per questa patologia scaturisce innanzitutto dalla considerazione che questa evenienza ha un impatto notevole sul sistema, causando circa 700 ricoveri ogni anno per l'80% è costituito da persone che hanno più di 75 anni. Come molti sanno, una frattura di femore è un evento traumatico tra i più debilitanti, sia per le modalità con cui si verifica (incidente domestico, stradale, caduta accidentale) sia per le necessità di soccorso e di ricovero ospedaliero, intervento chirurgico, permanenza a letto, dipendenza dagli altri, istituzionalizzazione. Nella maggioranza dei casi, inoltre, comporta un ulteriore ricovero in una struttura di riabilitazione (RSA o ospedale), obbligando l'anziano a un nuovo adattamento in un ambiente sconosciuto. Il rientro a casa è subordinato all'attivazione di un'adeguata rete di assistenza ed alla riorganizzazione delle abitudini, degli spazi, dei tempi.

Parlare di frattura di femore, pertanto, vuol dire affrontare uno dei principali problemi che affliggono i residenti del territorio.

Inoltre, quando si considerano gli esiti della malattia, si deve tenere in conto che una frattura di questo tipo si realizza su una persona molto anziana, affetta da concomitanti patologie croniche, fragile dal punto di vista assistenziale, che spesso vive sola e con difficoltà abitative

e di relazioni sociali. Circa il 40% di queste persone, dopo una frattura, esitano in notevoli limitazioni della propria autonomia, sino ad avere una incapacità totale a svolgere autonomamente almeno un'attività, come alzarsi dal letto, preparare da sola un pasto, ecc., 8 volte su dieci. Infine, una frattura di femore conduce nel 30% dei casi ad una invalidità permanente. *Il gruppo di lavoro era costituito da medici dei distretti, fisioterapisti, fisiatra, infermieri, medici di medicina generale, ortopedici, medici di sanità pubblica ed epidemiologia.*

Il lavoro del gruppo multidisciplinare ha inizio a discutere esattamente questo scenario socio-demografico ed epidemiologico. Sono state messe da parte le proprie "appartenenze" reciproche e così si è iniziato ad integrare i saperi e le prassi esistenti, partendo dall'esperienza passata, che già prevedeva una valutazione multi-dimensione del paziente con frattura di femore, cercando di migliorare e centrare le azioni migliorative sull'interesse prevalente del cittadino. Di conseguenza il percorso di cura è stato suddiviso nelle sue principali fasi e per ogni fase sono stati individuati uno o più standard di qualità di cura (o prevenzione) da garantire al cittadino. Dagli standard sono scaturiti uno o più indicatori relativi a domande del tipo: come è fatta l'organizzazione? Che tipo

• **ricoveri per frattura di femore**
642 nel 2014
646 nel 2015

tasso di ospedalizzazione
9,3 x 10.000 residenti a Trieste
7,0 x 10.000 residenti a Gorizia
6,3 x 10.000 residenti a Udine
4,4 x 10.000 residenti a Pordenone

• **persone anziane sottoposte ad intervento di riparazione della frattura**
592 nel 2015
584 del 2014

• **l'intervento entro le 48 ore dal ricovero**
70,6% delle persone anziane nel 2015
43% delle persone anziane nel 2014

• **Degenza complessiva**
in media 19,5 giorni nel 2014
in media 14,6 giorni nel 2015

• **degenza prima dell'intervento**
una media di 4,2 giorni nel 2014
una media di 2,4 giorni nel 2015

• **tempo che trascorre tra la dimissibilità del paziente e la sua presa in carico da parte dei servizi di riabilitazione territoriale**
15 giorni nel 2014
12 giorni nel 2015

• **mortalità a breve termine nei pazienti sottoposti ad intervento di riparazione della frattura**
3,1% nel 2014
1,5% nel 2015

A tutti i ricoverati viene oggi garantita una presa in carico riabilitativa precoce entro le 24 dall'intervento

di cura devo erogare? Che tempi devo garantire? E a loro volta queste domande hanno permesso di misurare il processo di cura ed il risultato atteso.

A che punto si è arrivati, pertanto, ad un anno dall'avvio del programma di miglioramento?

Per capirlo il gruppo di lavoro multi-professionale e multi-disciplinare ha condiviso le principali misure di processo e/o di risultato per svolgere audit periodici, in modo da aggiustare subito il tiro. **Obiettivo raggiunto?**

L'obiettivo principale è garantire ad una persona anziana e fragile

la massima restituzione al suo ambiente di vita nelle migliori condizioni possibili. Con i percorsi integrati di cura o PDTA si è aperta la strada, attraverso una cooperazione che sta abbattendo uno dei tanti muri e che migliora il ruolo della sanità triestina nel quadro nazionale. Per la prima volta gli indicatori elencati pongono Trieste oltre la soglia di qualità definita dal Piano Nazionale Esiti (AGENAS), al quale si deve aggiungere ulteriore valore se si considera da dove si partiva e se si tiene in conto la quantità di attività erogata per questi pazienti.

AAS1/DISAGIO GIOVANILE

ConTatto: cerca, chatta, chiama. L'aiuto parte da qui!

Come stai? Hai un problema? Cosa ti interessa sapere? Un mondo dedicato ai giovani tra i 12 e i 30 anni

ConTatto è un servizio digitale attivo nella provincia di Trieste, rivolto ai giovani dai 12 ai 30 anni che vivono dei momenti di disagio, di dubbio, a rischio, che hanno dei problemi che fanno fatica a capire. I temi affrontati nel sito vanno dai disturbi mentali alle dipendenze, fino ai disturbi alimentari e ai problemi relazionali. I contenuti sono stati scritti da esperti della salute usando un linguaggio chiaro e diretto, senza tecnicismi. Il sito è frutto del lavoro degli esperti di AAS n 1 Triestina e Televita Spa: nasce dall'esperienza di Televita con il servizio Telefono Speciale, una linea telefonica dedicata a contrastare i comportamenti suicidari, attiva in città ormai dal 1997. ConTatto è un sito responsive, che può

essere visto anche da smartphone o tablet, strutturato in maniera tale che i ragazzi possano accedere ai contenuti che li interessano.

Il nome è stato scelto insieme ai ragazzi che hanno partecipato alla progettazione del sito, e porta il doppio significato di 'stare in contatto' e di 'con tatto', a sottolineare l'impegno di essere vicini ai ragazzi senza pressioni, con molto rispetto. ConTatto è pienamente operativo dall'inizio dell'anno, accompagnato da una campagna di comunicazione corposa e diversificata, che utilizza vari strumenti, tradizionali e non. Tra questi il Progetto scuole, che prevede un coinvolgimento diretto di 40 ragazzi del Liceo Nordio e presto, del Dante Medie: i ragazzi creano contenuti e materiale ispi-



randosi ai messaggi di ConTatto. I primi lavori saranno presentati alla cittadinanza il 29 aprile, durante il Digital Day FVG 2016, in una Digital street art performance ideata e creata da loro. Finora, ConTatto è stato visitato da più di 5.000 persone, la maggior parte delle quali provengono dalla nostra Regione, anche se non

mancano accessi da parte di altri territori, a testimonianza del fatto che i giovani, grandi utilizzatori di internet, ricercano informazioni e spunti per risolvere le loro difficoltà. Lo strumento principe di comunicazione è la chat, presidiata dagli operatori Televita, qualificati e direttamente formati dalla AAS1. Ma cosa chiedono i ragazzi in cerca di ascolto e di risposte in chat? La problematica più frequente è un vissuto di SOLITUDINE e DEPRESSIONE (oltre il 30%), manifestato da giovani di varia fascia di età. La depressione colpisce persone d'ogni età, sesso, nazionalità, ceto e stile di vita. E' un problema dilagante nella società contemporanea e quindi anche nei giovani. Negli ultimi decenni c'è stata un'impennata dei casi di

depressione che iniziano proprio durante l'adolescenza, anche se non ne è chiaro il motivo. A seguire i PROBLEMI RELAZIONALI, sia con i genitori con i quali i ragazzi vivono spesso rapporti conflittuali, sia con i coetanei, con i quali lamentano difficoltà di comunicazione (circa 20%). Anche la SESSUALITÀ è un tema presente, così come le DIPENDENZE (da sostanze sia legali che illegali). Insomma uno spaccato variegato che conferma un quadro già noto, di fronte al quale dobbiamo sviluppare atteggiamenti di ascolto e comprensione ed essere pronti a cogliere i primi segnali di disagio. Lo scopo di ConTatto può essere sintetizzato così: esserci, con informazioni serie e attendibili, ascoltare, in maniera rispettosa,

e accompagnare, dove necessario, verso un aiuto professionale. Per saperne di più www.contatto.me "Trieste Trasporti è sempre vicino alla città e a chi promuove importanti campagne di sensibilizzazione di carattere sociale - commenta Giovanni Longo, presidente di Trieste Trasporti - Sui nostri autobus, sovente, diamo ospitalità a iniziative che mirano ad accrescere la sensibilità dei cittadini nei confronti di problematiche, purtroppo molto diffuse. Per questo appoggiamo con convinzione la campagna "Contatto" ideata dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n°1 Triestina. Una campagna che, così, potrà essere conosciuta dai 65 milioni di passeggeri che ogni anno utilizzano i mezzi della Trieste Trasporti."

AAS1/PATENTI DI GUIDA

Rinnovo patenti di guida: come funziona la commissione medica locale

La legislazione italiana prevede che il rilascio/rinnovo della patente di guida sia subordinato ad un giudizio medico di idoneità che per i soggetti senza particolari problemi di salute compete al medico monocratico, mentre per coloro che presentano situazioni cliniche potenzialmente rischiose (cardiopatie, diabete, patologie psichiche e neurologiche, insufficienza renale, deficit visivi e uditivi o motori, ora anche OSAS, ecc.) alla commissione medica locale (CML). La commissione medica locale deve in oltre effettuare anche le visite di revisione per i soggetti colti alla guida in

condizioni psichiche alterate per alcool o sostanze stupefacenti. Tali situazioni richiedono quasi sempre un accertamento specialistico per poter valutare correttamente l'entità del rischio e di conseguenza l'idoneità o meno del soggetto e la frequenza di eventuali successivi controlli. Infatti la CML deve contemperare l'esigenza dell'interessato a poter guidare un mezzo motorizzato con il diritto degli altri utenti della strada a vedere salvaguardata la propria incolumità. Per questo motivo un principio di precauzione impone controlli più frequenti nei soggetti a rischio rispetto alla

normale durata di validità della patente per i soggetti "sani". Particolare prudenza prescrive la legge per l'idoneità delle patenti superiori (per la guida di mezzi pesanti). Il costo del rinnovo/rilascio, compreso quello degli accertamenti specialistici, per legge è posto a carico del richiedente e ciò può costituire un problema per chi versa in condizioni di ristrettezza economica. Spetta al Legislatore risolvere questo problema. Quello che la CML può fare, e già fa, per andare incontro alle esigenze economiche dei soggetti visitati, è di utilizzare la documentazione sanitaria già

in possesso dell'interessato per motivi di diagnosi e cura, purché recente e contenente elementi sufficienti alla valutazione. Le visite vengono effettuate di norma entro 3 mesi dalla loro prenotazione, a meno che l'interessato non scelga una data successiva più funzionale alle sue esigenze, e al momento della prenotazione, a seconda del tipo di problematiche del candidato (che devono essere verificate con la persona interessata perché trattasi di scambio di informazioni sul suo stato di salute), questo viene inserito in una Commissione con specifiche caratteristiche (integra-

ta dall'alcoologo in caso di guida in stato di ebbrezza, dell'ingegnere della Motorizzazione Civile e del Trasporti in Concessione (MCTC) e dal fisiatra in caso di deficit motori che richiedono adattamenti del mezzo, ecc.) e inoltre riceve indicazioni sulla documentazione sanitaria specialistica da produrre all'atto della visita. Questa valutazione preliminare consente alla CML di disporre di tutti gli elementi per un giudizio contestuale alla visita (senza ulteriori approfondimenti specialistici) nella stragrande maggioranza dei casi, con risparmio di tempo nell'interes-

se di tutti. In proposito si tenga presente l'ingente casistica: le visite effettuate sono state 5329 nel 2013, 4754 nel 2014 e 4661 nel 2015.

Coloro che non si ritengono soddisfatti del giudizio della CML, possono rivolgersi alla Commissione costituita presso le Ferrovie dello Stato, che a seguito di una nuova visita potrà modificare il giudizio medico legale. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.ass1.sanita.fvg.it o chiamando il numero verde sanità **800991170** attivo dalle 8 alle 11.30 dal lunedì al venerdì.