



## XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

# VIII CONFERENZA CURE DOMICILIARI I DISTRETTI PER LA SALUTE NELLE COMUNITÀ LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA

---

COSENZA 16 - 18 OTTOBRE

BV | PRESIDENT HOTEL

Via Alessandro Volta 47/49, Rende - CS

**TITOLO: Le cure domiciliari nella Regione Friuli Venezia Giulia e l'esperienza della Geriatria Territoriale**

**RELATORE: D.ssa Debora Donnini, Direttore SOC Geriatria Territoriale, ASUFC**



Neurologi



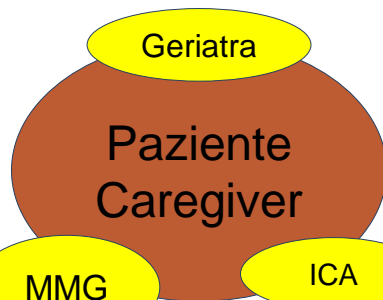
Palliativisti



Dietisti



Fisioterapisti



Assistenti sociali



Reparti Med. Interna



PS



Framacia Territoriale

## SOC Geriatria Territoriale:

Presa in carico del paziente Anziano >65 aa, pluripatologico, Fragile.

-visite e trattamenti terapeutici domiciliari

-visite ambulatoriali (1 ambulatorio geriatrico in ogni distretto)

**Presa in carico multidimensionale e multiprofessionale:**

-CDCD (tutti i distretti)

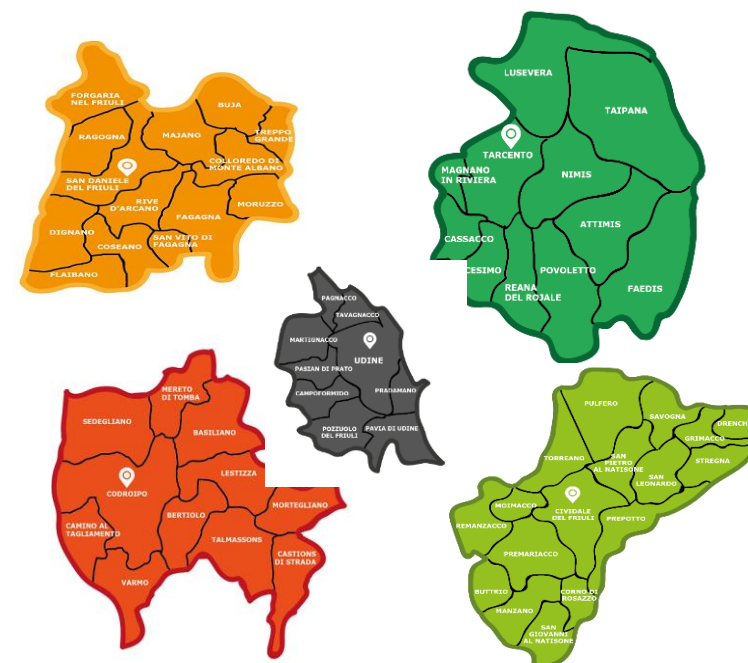
-Percorso Dieta/Disfagia (tutti i distretti)

-Percorso Cadute (distretto Codroipo)

-Protocolli per presa in carico precoce da PS e Reparti Medici (Udine, San Daniele, Palmanova)

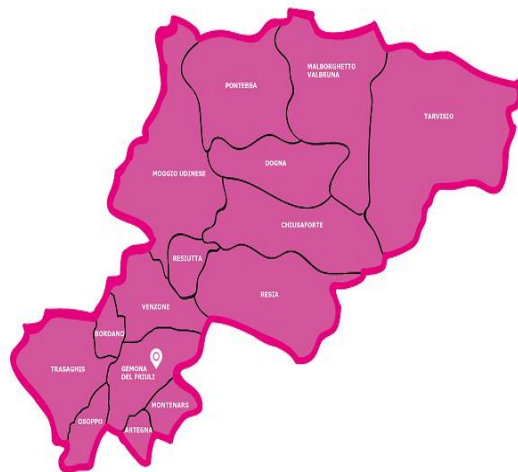
-Progetto "ambulatorio geriatrico" in PS (Udine)

-Utilizzo dei farmaci H sul territorio



CONGRESSO CARD NAZIONALE

Attivazione 5 distretti su 9 ASUFC



**-Distretti da attivare:**  
Alta e Bassa friulana  
(Tolmezzo-Gemona  
Palmanova-Latisana)

**-Implementazione** della  
presa in carico multidisciplinare

**-Implementazione** di terapie  
farmacologiche domiciliari (es:  
trasfusioni ematiche a domicilio)

**-Implementazione** della  
Telemedicina (televisita,  
teleconsulto)

CONGRESSO CARD NAZIONALE

# Fattori favorenti Vs fattori frenanti

- Alto indice di Vecchiaia in FVG (244,1)
- Gran numero di anziani fragili in FVG (24% dei pz >70aa)
- Necessità di personalizzazione della terapia in popolazione anziana eterogenea
- Integrazione con i servizi sociali e buona Collaborazione con altri professionisti sanitari (rete Ospedale-Territorio)
- Efficienza della COT

- Bisogni assistenziali complessi, formazione/ansia del caregiver
- Carenza di personale a livello territoriale (infermieri, psicologi, neurologi)
- Utilizzo di tecnologie avanzate (telemedicina) in aree rurali o isolate
- Necessità di implementazione servizi territoriali in aree montane disagiate
- Necessità di implementazione di Centri Diurni





# DATI delle visite da gennaio 2025 a luglio 2025

## Visite domiciliari effettuate da gennaio 2025 a luglio 2025

Visite effettuate	N Pz	donne	uomini	Media età	Comorbidità media	Farmaci assunti
2209	1020	580	440	86,4	6,5	7,6

## Tasso di pazienti trattati in ADI

CIA 1	5,7
CIA 2	2,7
CIA 3	2,4

## Motivo dell'attivazione del servizio:

Decadimento cognitivo	31%
Scompenso cardiaco	20%
ipomotilità/rischio caduta	11%
Infezioni	10%
Neoplasia	6%
Depressione	3,5%
Palliazione	3,5%
BPCO	2,6%
Gestione del dolore	2,5%
Anemia	2,3%

**Numero di pazienti trattati direttamente a domicilio con cure intensive evitando l'accesso diretto in PS e il ricovero: 250**