

DALLE FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE ALLA GESTIONE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI CODROIPO

EZIO BELTRAME, LUIGI CANCIANI*, FLAVIA MUNARI**, MARA VENIER***

Medico di Medicina Generale, Assessore Regionale alla Salute e alla Protezione Sociale;

* Medico di Medicina Generale, SIMG; ** Medico di Medicina Generale, Responsabile di Distretto, SIMG;

*** Responsabile Infermieristica del distretto, Caposala Ospedale di Comunità

Il Distretto di Codroipo

Al centro del Friuli Venezia Giulia, regione a statuto speciale che conta complessivamente 1.185.000 abitanti, l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" è la maggiore, con 336.000 abitanti; a delimitarne in parte i confini occidentali col Tagliamento si colloca il Distretto di Codroipo, con 49.800 abitanti, in un esteso territorio pianeggiante di ben 420 kmq, composto da 11 comuni.

Il distretto, dove operano circa 100 dipendenti (oltre all'UT Prevenzione, al CSM, al Servizio Dialisi dipendente dal P.O. di S. Daniele del Friuli), comprende attualmente:

- il Servizio Infermieristico ambulatoriale e domiciliare
- il Servizio Riabilitativo ambulatoriale e domiciliare
- il Poliambulatorio Specialistico con Servizio di radiologia ed ecografia
- la Residenza Sanitaria Assistenziale (25 p.l.)
- l'Ospedale di Comunità (5 p.l.)
- il Modulo residenziale provvisorio disabili gravi e gravissimi (8 p.l.)
- il Centro Unico Prenotazioni (CUP)
- i Servizi amministrativi

Vi operano 43 Medici di Medicina Generale e 4 Pediatri di Libera Scelta; è sede di un punto di continuità assistenziale e di una postazione del servizio regionale 118.

Fanno parte della rete dei servizi distrettuali 2 case di riposo convenzionate con l'ASS per complessivi 157 posti letto per non autosufficienti e 65 per autosufficienti e 2 centri diurni per disabili.

PREMESSA

In questi ultimi anni la domanda di salute sempre più articolata e complessa dei cittadini ed il cambiamento degli scenari organizzativi e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno comportato per la Medicina Generale non solo un notevole aumento dei carichi di lavoro (più del 50% di incremento dei contatti dal 1996 ad oggi), ma anche il superamento di una visione tradizionale dell'operato del Medico di Medicina Generale (MMG) non più ancorato alla dimensione del proprio ambulatorio ma "core" della dimensione territoriale della salute.

È anche per questo che in più regioni d'Italia, a partire dal 1997, si sono aperte svariate esperienze di Ospedale di Comunità.

L'esperienza avviata a Codroipo, il 4 giugno 2001, si è dimostrata particolarmente originale e significativa.

Infatti, gli altri Ospedali di Comunità sono nati in genere sotto la pressione delle resistenze delle popolazioni alla chiusura di reparti e o di intere strutture ospedaliere, spesso in zone disagiate, collinari o montuose, o sono

sorte con l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri o la fuga presso aziende sanitarie limitrofe.

L'esperienza di Codroipo si colloca in un panorama diverso per più fattori contingenti:

- l'assenza di una struttura ospedaliera in loco, chiusa da 15 anni (nel lontano 1986 in Regione veniva operato un primo ridimensionamento dell'offerta ospedaliera con la chiusura degli Ospedali di Grado, Cormons e Codroipo);
- i dati epidemiologici e di assorbimento di risorse (ricoveri, diagnostica e farmaceutica) già virtuosi, fra i più bassi della Regione;
- la presenza in loco di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) a breve termine, istituita dalla Regione, con la funzione prevalente di accogliere pazienti in dimissione protetta;
- importanti sinergie distretto-ambito socioassistenziale nelle aree ad alta integrazione sanitaria;
- esperienza fortemente voluta dai MMG, all'interno di un progetto di potenziamento delle cure primarie, più che da esigenze di "risparmio" aziendale.

L'Ospedale di Comunità rappresenta, infatti, una delle azioni, forse la più visibile, del progetto di potenziamento dell'area delle cure primarie, nato dalla forte sinergia fra i MMG e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e la Direzione del distretto, all'interno di un clima favorevole fra la Direzione aziendale, gli amministratori locali e la Regione.

LE CONDIZIONI FAVOREVOLI

Agli inizi del 2000, con l'accorpamento di tutti i servizi e l'RSA presso una nuova sede ristrutturata e con il rinnovo della Direzione del distretto, si sono coagulate una serie di circostanze favorevoli in parte già *in itinere*:

- una forte condivisione delle proprie problematiche fra la maggior parte dei MMG, che avevano saputo trovare nel tempo percorsi di cura alternativi rispetto all'assenza di una struttura ospedaliera *in loco*, con modalità organizzative consolidate a livello formale ed informale (medicina di gruppo, sostituzioni all'interno di piccoli gruppi, attività di aggiornamento e formazione professionale *in loco*) e la conferma di ciò attraverso tassi di ospedalizzazione, livelli di assorbimento di diagnostica e farmaceutica ai limiti inferiori aziendali e anche regionali;
- un processo di integrazione fra il distretto ed i servizi sociali dei comuni dell'ambito, agevolato dalla collaborazione all'interno dell'assemblea dei sindaci di distretto, evidenziabile con l'incremento dei casi discussi in UVD, il rafforzamento dei percorsi di dimissione protetta, il potenziamento delle attività nelle aree anziani, minori, handicap, fragilità in genere;
- cittadini attenti e sensibili all'evoluzione dell'organizzazione dei servizi sanitari, non particolarmente pressanti per l'ospedalizzazione nelle strutture ospedaliere limitrofe (ben cinque strutture, fra cui l'Azienda Ospedaliera di Udine, si collocano intorno al distretto ad una distanza inferiore a 30 km da Codroipo).

IL PROGETTO DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE

Attraverso un lavoro di gruppi informali avviato nel febbraio 2000, è stato sviluppato fra MMG e Direzione del distretto un progetto che interessava tutte le attività delle cure primarie, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, scegliendo prioritariamente che tutti i processi di cura fossero a partenza dai bisogni di salute del territorio, con l'integrazione in rete dei servizi già esistenti e l'articolazione dei collegamenti per ulteriori livelli di prestazioni, mantenendo fortemente all'interno del distretto la gestione delle risorse, in particolare, per l'Ospedale di Comunità, evitando i passaggi diretti Ospedale-Ospedale di Comunità.

Sono stati così individuati finalità, obiettivi (con indicatori di massima valutati durante l'esperienza da un gruppo paritetico appositamente costituito) e azioni di un progetto complessivo di potenziamento delle cure primarie:

- **finalità:** implementare l'assistenza territoriale al fine di potenziare l'offerta delle cure primarie nel proprio ter-

ritorio, rispondere in modo appropriato ai bisogni del cittadino, filtrare il ricorso improprio ad altre strutture, prevalentemente ospedaliere;

- **obiettivi:** prevenzione, diagnosi e trattamento di alcune patologie traccia, particolarmente significative dalle evidenze epidemiologiche (neoplasie, scompenso cardiaco, *stroke*, diabete mellito tipo II, ossigenoterapia domiciliare); miglioramento della qualità di vita del paziente multiproblematico e dell'ultrasessantacinquenne a rischio (per solitudine e fragilità);
- **azioni:** attraverso le forme associative della Medicina Generale previste dagli ACN vigenti e quelle individuate *ad hoc* (strutturazione in team) garantire: la conduzione dell'Ospedale di Comunità e l'appoggio organizzativo ed assistenziale all'RSA; la sorveglianza sanitaria presso il Modulo residenziale provvisorio per disabili gravi presso l'RSA; il potenziamento della continuità assistenziale nei poli di riferimento del distretto (Codroipo, Mortegliano, Basiliano) per pazienti a maggior rischio e per dimissioni protette; le attività di educazione sanitaria; la ridefinizione dell'offerta specialistica ambulatoriale in relazione ai bisogni degli utenti ed ai percorsi di cura per patologie "traccia" condivisi fra MMG e Specialisti; l'avvio del CUP di distretto per le prenotazioni delle prestazioni (non eseguibili in loco) a livello aziendale ed extra-aziendale, in particolare per gli utenti anziani e/o a rischio; l'utilizzo appropriato delle risorse (farmaci a doppia via di distribuzione, ausili e presidi AFIR).

Per quanto concerne le modalità organizzative, si è deciso di privilegiare l'adesione volontaria e la metodologia della condivisione fra pari, in cui tutti partecipano al raggiungimento degli obiettivi secondo le proprie attitudini e preferenze, in associazione o in team, con meccanismi di remunerazione ponderati per ogni specifica azione.

Pressoché tutti i MMG hanno aderito (41 su 43) secondo le diverse modalità previste al progetto complessivo; tra di loro 15 hanno dichiarato la propria disponibilità a lavorare in Ospedale di Comunità per il quale sono stati definiti: gli aspetti strutturali ed organizzativi, l'attività dei MMG, la tipologia degli utenti, le modalità di ricovero, la modulistica (proposta di ammissione, consenso informato) e il regolamento.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

È stato avviato il 4 giugno 2001 su 5 posti letto, in contiguità di risorse strutturali ed umane della già esistente RSA, che consta di 25 posti letto orientati alla deospedalizzazione soprattutto per problematiche di locomozione e demenza: si specifica che per RSA in regione Friuli si intende una struttura destinata a fornire assistenza continuativa ad elevato contenuto sanitario ed a prevalente indirizzo riabilitativo con degenza media di 30 giorni, massima di 90, quindi una struttura intermedia a breve-medio termine, mentre la casa di riposo è RSA a lungo termine, definizione non utilizzata in Friuli.

L'assistenza medica all'interno dell'Ospedale di Comunità viene assicurata a turno da due MMG, operanti sul territo-

rio del distretto, scelti a rotazione nel gruppo di circa 15 MMG che hanno dato la propria disponibilità; un terzo medico è a disposizione per l'eventuale sostituzione di uno dei due colleghi. Essi hanno la responsabilità sui pazienti che prendono in carico dal medico curante per il ricovero nella struttura, concordando con il caposala l'attività del personale infermieristico e di assistenza, e danno inoltre un supporto al lavoro del medico che attualmente gestisce l'RSA nei periodi di assenza di quest'ultimo per ferie o malattia. Restano in servizio per 4 ore complessive/die per 4 settimane e garantiscono la reperibilità tramite cellulare anche all'RSA, al di fuori dell'orario di servizio del medico e del Servizio di continuità assistenziale. Nel periodo notturno, prefestivo e festivo le urgenze sono soddisfatte dal Servizio di continuità assistenziale.

È stato predisposto un regolamento, con l'obiettivo di specificare i rapporti fra il medico curante del cittadino, i medici in servizio presso l'Ospedale di Comunità, il medico dell'RSA, il responsabile di distretto; le responsabilità rispetto al percorso del paziente (ingresso, compilazione cartella clinica, dimissione e compilazione lettera ...); la cartella clinica, il modulo di consenso informato per il ricovero e la modulistica interna per richiedere farmaci, presidi, esami di laboratorio e strumentali, consulenze specialistiche; le modalità di integrazione con il personale infermieristico; le ore di formazione congiunte (MMG, Medici Specialisti, Infermieri Professionali, Operatori addetti all'assistenza, Fisioterapisti ...).

In particolare, si sottolinea come la presa in carico in Ospedale di Comunità avvenga in modo programmato con la segnalazione del medico curante della persona dei pro-

blemi più significativi e l'individuazione di un iter diagnostico e terapeutico condiviso con i medici in turno nella struttura per tutta la durata del ricovero ed anche al momento della dimissione. In questo modo si salvaguarda la programmazione delle prestazioni, si contraggono le giornate di ricovero al minimo indispensabile per la soluzione dei problemi segnalati all'ingresso, ed è possibile per le persone che necessitano di ulteriori prestazioni domiciliari sviluppare da subito un piano di cura integrato con gli operatori dedicati.

TIPOLOGIA DEGLI UTENTI

L'Ospedale di Comunità nasce dall'esigenza di rispondere a bisogni di salute della popolazione residente, che non richieda un ricovero ospedaliero tradizionale, ma che, per la presenza di rischi di ordine sanitario o sociosanitario, possa trovare migliore tutela in un ambito protetto:

- pazienti anziani e non, con patologie acute o croniche riacutizzate che per un breve periodo richiedano una stretta sorveglianza clinica, senza la quale sarebbe necessaria un'ospedalizzazione;
- pazienti con problematiche multiple di una certa urgenza, non risolvibili ambulatoriamente in tempi accettabili, per impedire la comparsa di complicanze;
- anziani o altri soggetti con necessità di accertamenti diagnostici non differibili o altrimenti realizzabili solo in ambiente ospedaliero.

ANALISI DATI OSPEDALE DI COMUNITÀ (Tabb. I, II, III)

TABELLA I

ANNO 2002									
TIPO RICOVERO	NUMERO DIMISSIONI	%	ETÀ MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA	% OCCUPAZIONE MEDIA	INDICE DI TURN OVER	INDICE DI ROTAZIONE	PAZIENTI
Day hospital	18	14,6	54,9	148	8,2	8,1	93,2	3,6	15
Ordinario	105	85,4	79,7	540	5,1	29,6	12,2	21,0	95
Totale	123	100,0	76,1	688	5,6	37,7	9,2	24,6	110

TABELLA II

ANNO 2003									
TIPO RICOVERO	NUMERO DIMISSIONI	%	ETÀ MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA	% OCCUPAZIONE MEDIA	INDICE DI TURN OVER	INDICE DI ROTAZIONE	PAZIENTI
Day hospital	48	26,4	56,4	434	9,4	23,7	28,9	9,6	37
Ordinario	134	73,6	80,4	604	4,5	33,0	9,1	26,8	112
Totale	182	100,0	74,1	1038	5,7	56,8	4,3	36,4	149

TABELLA III

CLASSIFICAZIONE DELLA PRIMA DIAGNOSI	DH			ORD			TOTALI		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
• Malattie del sangue e degli organi emopoietici	4	17	38	6	26	44	10	43	82
• Malattie del sistema circolatorio				10	20	25	10	20	25
• Tumori			2	4	15	14	4	15	16
• Malattie dell'apparato digerente			2	11	5	10	11	5	12
• Malattie dell'apparato respiratorio				4	8	7	4	8	7
• Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari				3	6	7	3	6	7
• Disturbi psichici				3	6	3	3	6	3
• Sintomi segni e stati morbosi mal definiti				1	5	11	1	5	11
• Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo							0	6	0
• Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo					6	3	0	6	3
• Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso				2	2	1	2	2	1
• Malattie dell'apparato genitourinario									
• Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio			3			1			1
• Traumatismi ed avvelenamenti	1							1	
Totale	4	18	45	44	105	127	48	123	172
							100,0		100,0
								0,8	
									1,74
									0,58

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Nel corso dell'esperienza si sono evidenziate anche alcune criticità:

- la stipula dell'ACN 270/200 ha garantito ampio risalto all'associazionismo medico, ponendo grande enfasi su questioni organizzative, come il prolungamento dell'orario di apertura degli studi, più che sulla condivisione e sulla verifica di obiettivi condivisi dai gruppi: ciò ha impedito l'attenzione di molti colleghi verso gli obiettivi e i risultati di salute del progetto;
- le difficoltà aziendali di bilancio hanno contenuto fortemente gli investimenti verso la Medicina Generale, non riuscendo, quindi, a rafforzare il legame fra i risultati di salute ed i possibili incentivi;
- il rapporto fra i MMG, abituati a lavorare da soli, e gli operatori distrettuali, abituati a lavorare insieme, in gruppo, e fra operatori con rapporto di lavoro dipendente, ha comportato alcune difficoltà: in particolare per alcuni MMG sembra difficile cogliere la profonda evoluzione della professione infermieristica, con il superamento del mansionario e la necessità/opportunità di un rapporto paritetico fra professionisti complementari e non subalterni.

Tuttavia, il percorso comunque fin qui attuato appare ampiamente positivo a tutti gli operatori convenzionati e dipendenti coinvolti ed alla Direzione distrettuale ed aziendale, tanto che sono in corso trattative affinché, a seguito dell'imminente trasferimento del medico dell'RSA presso altri servizi aziendali, la Medicina Generale possa assumersi la responsabilità della gestione anche di tale struttura, con la supervisione della Medicina dell'ospedale di rete.

La nostra peculiare esperienza di non avere come fattore confondente un ospedale da chiudere consente alcune considerazioni:

- l'Ospedale di Comunità non vuole, non può e non deve sostituirsi all'Ospedale per acuti né all'RSA;
- l'Ospedale di Comunità è una struttura intermedia che arricchisce la rete dei servizi territoriali del distretto;
- l'Ospedale di Comunità vuol dire ulteriore visibilità per i MMG, il Distretto, il territorio, per una piena valorizzazione delle cure primarie, attraverso la condivisione fra professionisti della salute, amministratori locali e regionali e cittadini, transitando insieme da una cultura ospedalocentrica alla cultura della dimensione territoriale della salute.

In particolare l'Ospedale di Comunità:

- è struttura d'integrazione per eccellenza, ma necessita della coesistenza di una forte rete che connetta i servizi;
- è struttura flessibile ed adattabile nel rispondere ai bisogni del cittadino risolvibili all'interno dell'ambito territoriale (solo ricoveri programmati dal territorio, non dall'Ospedale per acuti che continua a far riferimento per la deospedalizzazione all'RSA);
- contribuisce ad aiutare il MMG ad uscire dall'isola-

mento, con il confronto fra pari e interprofessionale e la condivisione dei processi di cura;

- offre agli operatori ADI/RSA/Amministrativi ... un altro punto di vista; in particolare consente loro di ampliare la routine dei cronici in riabilitazione o in “respiro” e affrontare anche situazioni contingenti di acuzie contenute o sub-acuzie;
- offre al cittadino un luogo “ospedale” vicino a casa, facilmente accessibile, confortevole e noto.

Quindi ...

- Avere a disposizione strumenti sofisticati permette di gestire in loco situazioni sempre più complesse: stiamo lavorando in un clima di forte integrazione, indispensabile a garantire risposte eque ed efficaci ai cittadini.
- Emerge la pluripatologia, affrontabile solo in una visione olistica del paziente da parte del MMG e ... del territorio.

- Emerge la lettura dei problemi sociali interconnessi con gli aspetti sanitari, problemi su cui mancano riferimenti in letteratura e per la soluzione dei quali è indispensabile investire su ricerca e sperimentazione in tale ambito.

L'imminente ripresa delle contrattazioni a livello regionale potrà agevolare, implementare e valorizzare l'esperienza avviata, consolidando il passaggio dall'ottica delle prestazioni all'ottica della valutazione dei risultati di salute sulla popolazione di un determinato territorio, che comporta disponibilità al confronto continuo fra pari e transprofessionale, tipico del lavoro integrato per processi, unica modalità di intervento possibile a garanzia di cure primarie efficienti ed efficaci.

Per ulteriori informazioni sul progetto potete contattarci tramite e-mail: Luigi Canciani (gigidoc@tin.it), Flavia Munari (flavia.munari@ass4.sanita.fvg.it)

Il parere dell'Assessore Regionale alla Salute ed alla Protezione Sociale, dott. Ezio Beltrame

Il nostro sistema di protezione sociale, ivi inclusa anche l'assistenza sanitaria, soffre di una situazione di frammentarietà che erode l'efficacia e l'efficienza delle risorse e non consente un governo appropriato della domanda. Non c'è insomma un sistema, ma un insieme di servizi che non costituiscono ancora una rete organizzata. L'ospedale è il luogo per la gestione delle acuzie, ma il percorso di intensità delle cure all'interno delle strutture ospedaliere, il percorso di entrata (fase diagnostica) ed il percorso di uscita dall'ospedale (fase subacuta, cronica, della riabilitazione) sono rimasti spesso gli stessi di vent'anni fa. L'invecchiamento demografico ed altre criticità sociali non sono state percepite in maniera adeguata per spingere una nuova organizzazione dell'assistenza e dell'approccio clinico. Fuori dall'ospedale la situazione è ancora più complessa e garantire una solida catena assistenziale che assicuri la continuità delle cure e l'articolazione delle competenze è impresa immane, spesso legata alle capacità di singoli e non al sostegno di un'adeguata programmazione delle strategie e delle risorse.

Nella nostra Regione circa 50.000 persone l'anno presentano situazione di grave difficoltà nel percorso di continuità assistenziale. Per loro vale soprattutto il “fai da te” con gravi disagi per il paziente, per la famiglia, per il medico e gli operatori dei servizi, per l'ospedale. Fra qualche settimana la Giunta regionale approverà il Piano regionale della riabilitazione o della continuità delle cure, con cui cercheremo di consolidare un percorso innovativo che valorizzi il ruolo del distretto come responsabile della continuità assistenziale e ridefinisca la rete ospedaliera, attualmente sovradimensionata, tenendo conto della necessità di individuare strutture polifunzionali di cure intermedie.

Il progetto dell'Ospedale di Comunità di Codroipo ha in buona parte anticipato tale progettualità, grazie alle capacità “locali”, ma soprattutto ha dimostrato che la grande complessità delle cure territoriali può essere affrontata solo se si mettono insieme idee e risorse delle aziende sanitarie e dei comuni, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, se si consente una forte responsabilizzazione del distretto, se il governo clinico territoriale coinvolge e valorizza i medici di famiglia.