

Un modello di Hospice a gestione integrata complessa con medici di medicina generale

Mauro Manfredini¹, Rita Marchi², Riccardo Finessi³, Loretta Gulmini⁴

¹ Direttore, UO Azienda USL, Ferrara; ² Medico di Medicina Generale; ³ Medico di Medicina Generale e Coordinatore; ⁴ Oncologa a contratto libero professionista

L'Hospice "Le Onde e il Mare" dell'Azienda USL di Ferrara, con sede a Codigoro, è stato attivato l'8 ottobre 2007 con delibera n. 369 /07 e si caratterizza per la proposta di una formula organizzativa gestionale che cerca di integrare in maniera sinergica diversi ambiti istituzionali e professionali per una completa presa in carico del malato affetto da patologia terminale: volontariato, Azienda USL, liberi professionisti, medici di medicina generale (MMG) e medici di continuità assistenziale (MCA) convenzionati. La Struttura è destinata ad ospitare 11 persone e i propri congiunti. È analoga per tipologia ad altri Hospice nati in Emilia Romagna a seguito della legge 39/99 e del successivo DPCM del 2000.

La Struttura è stata ricavata dalla ristrutturazione di ambienti residenziali di un ex Ospedale Civile trasformato in Presidio Socio Sanitario.

Si definisce "territoriale" in quanto inserito nell'organizzazione del Dipartimento Cure Primarie distrettuale all'interno dell'Unità Operativa Complessa Nuclei delle Cure Primarie (NCP) che, oltre a ricomprendere tutti i MMG del Distretto organizzati in 5 NCP, gestisce l'assistenza domiciliare allo scopo di favorire, nella strategia della continuità assistenziale, la funzione di ricovero in Hospice e la dimissione al domicilio.

La particolarità dell'Hospice "Le Onde e il Mare" risiede nella sperimentazione di una formula gestionale originale.

La sperimentazione gestionale e l'integrazione professionale

La Struttura rappresenta un modello di organizzazione originale per l'integrazione, nei distinti ambiti, di operatori diversi con ruoli professionali e competenze differenti tra loro. Dal punto di vista gestionale l'Hospice ha infatti implementato, oltre la necessaria integrazione multiprofessionale, un modello di forte sinergia e coordinamento amministrativo dei rapporti di dipendenza del personale operativo unendo in una unica équipe: dipendenti strutturati Azienda USL (medico e amministrativo), liberi professionisti a contratto (medico oncologo e psicologo), convenzionati AUSL (MMG e MCA (guardia medica)), infermieri professionali e operatori socio-sanitari dipendenti di un'associazione volontariato ONLUS (Assistenza Domiciliare Oncologica, ADO). Vedi organigramma rappresentato in Figura 1.

La strutturazione del modello organizzativo rappresentato in Figura

1 è stata possibile grazie all'implementazione di specifici progetti e procedure amministrative, alcune semplici:

- l'attivazione del progetto di collaborazione con il Servizio di Guardia Medica (che ha sede nello stesso Presidio Socio Sanitario), nel quale sono state definite le modalità di attivazione, di incentivazione economica e di formazione;
- l'individuazione e l'attribuzione dell'incarico per medico oncologo e psicologo mediante bando di concorso per attività libero professionale;

altre complesse:

- la definizione e l'attivazione di uno specifico progetto per i MMG che attraverso le possibilità offerte dall'Accordo Integrativo Locale con l'Azienda USL FE consentisse la realizzazione dell'assistenza in Hospice (sono stati scelti 3 MMG ad una graduatoria per titoli, attività in assistenza domiciliare a terminali, anzianità, specialità ecc.);
- la collaborazione con il volontariato ONLUS per l'assistenza infermieristica e sociosanitaria di base, al bando pubblicato si è presentata l'ADO che da 10 anni a Ferrara lavora in assistenza ai malati terminali gestendo l'Hospice "Casa della Solidarietà". Attraverso questa convenzione l'Hospice di Codigoro può garantire un'offerta assistenziale costituita da 8 infermieri, 8 OSS ed una coordinatrice infermieristica.

Criticità organizzative gestionali incontrate

Le criticità emerse nell'integrazione dei 3 MMG sono derivate dalla necessità della messa a punto di una funzionale organizzazione dell'avvicendamento delle figure mediche al fine di offrire all'ospite e ai suoi familiari un' apprezzabile e visibile continuità assistenziale e la indispensabile disponibilità alla relazione umana; per ottenere tale risultato si è passati da una fase sperimentale (6 mesi) dove i MMG si turnavano avvicendandosi quotidianamente al pomeriggio senza però riuscire a costruire quelle relazioni di aiuto e di comunicazione empatica utili alla tipologia dell'assistenza erogabile in Hospice, ad una fase (attualmente a regime) dove il medico coordinatore, oltre a garantire una disponibilità di 3 turni settimanali, presiede al completo e corretto passaggio di "consegne assistenziali" da un medico all'altro interfacciandosi (in modo programmato) tra lo specialista oncologo e gli altri 2 colleghi MMG.

Organizzazione dell'attività dei medici di assistenza primaria in hospice

- Servizio mattutino > medico oncologo palliativista.
- Servizio pomeridiano > 3 MMG. I turni pomeridiani sono svolti dalle 15.00 alle 18 di presenza attiva e 2 ore fino alle 20.00 di reperibilità, per 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì, escluso festivi e prefestivi.
- Il primo della graduatoria è stato incaricato coordinatore per la Medicina Generale.
- I turni pomeridiani settimanali vengono svolti nel modo seguente:
 - coordinatore > 3 turni;
 - altri due MMG incaricati > 1 turno individuale.

Il coordinatore MMG e le sue funzioni

La funzione di medico coordinatore, da effettuarsi oltre il normale turno di attività assistenziale, prevede un impegno forfettario di n. 4 ore settimanali di attività, da svolgersi anche in compresenza con gli altri MMG.

Il coordinatore MMG:

- è responsabile dell'organizzazione dei turni pomeridiani, concordando con i MMG, al fine di dare continuità assistenziale all'Hospice, un calendario mensile dei turni;
- riceve direttamente dal medico oncologo palliativista, in caso di assenza, la richiesta di sostituzione, assicurando in prima persona la continuità del servizio mattutino;
- promuove la formazione del personale e vi concorre;
- promuove la ricerca e vi concorre;
- promuove la VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) e vi concorre.

Per i MCA le criticità ai fini di una funzionale integrazione nell'équipe sono state amplificate dalla mancanza di medici titolari di convenzione per cui si è dovuti ricorrere all'attribuzione di incarichi temporanei della durata di mesi 6; per tutelare tale fragilità organizzativa si è provveduto a mantenere una costante informazione e comunicazione sulle linee guida di riferimento nonché sui protocolli terapeutici adottati, inoltre grazie ad una efficace programmazione dell'assistenza in Struttura ed alla reperibilità telefonica del medico oncologo e del medico coordinatore di MMG si è riusciti a limitare l'intervento dei MCA alla funzione legale di constatazione decessi come i dati confermano (Tab. VIII).

Nei pochi casi di intervento terapeutico, il MCA ha semplicemente implementato uno degli schemi preventivamente programmati (Tab. VIII).

Strumenti e metodi dell'organizzazione

Di fondamentale importanza nel raggiungere quegli obiettivi che

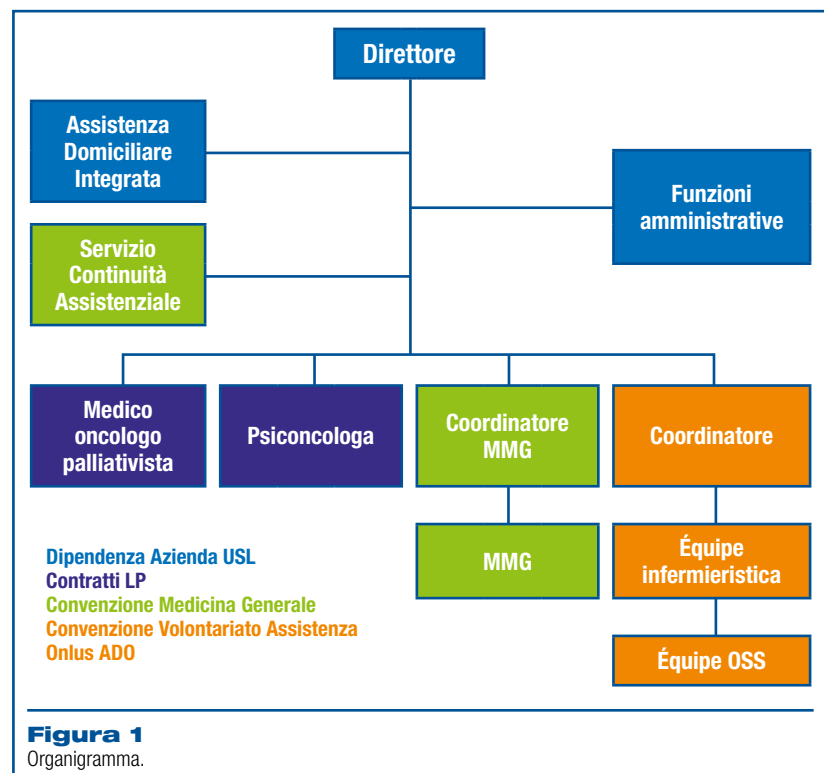


Figura 1
Organigramma.

l'Hospice si era prefigurato alla data della sua attivazione è stata l'adozione di alcuni strumenti e metodi di lavoro:

- attuazione del briefing quotidiano dell'intera équipe operativa e settimanale di tutti gli operatori, oltre ai normali momenti di passaggio di consegne tra un turno e l'altro;
- pianificazione di eventi formativi rivolti all'intera équipe multiprofessionale;
- predisposizione, condivisione e adozione di modelli e protocolli assistenziali utili ad una corretta organizzazione delle attività giornaliere;
- costruzione e adozione di Piani di Assistenza Individuali (PAI) rappresentati più specificamente da apposite schede attraverso le quali gli operatori predispongono, nel rispetto di opportuni criteri di adeguatezza, diversi setting assistenziali (dolore, nutrizione, idratazione, sedazione, lesioni da decubito, dispnea ecc.);
- mantenimento di una costante attenzione alla comunicazione con l'ospite ed i suoi familiari ed al relativo "feed-back", anche mediante colloqui programmati e appositi questionari sulla qualità del Servizio percepita.

Risultati e commenti

A un anno dalla sua attivazione, nel novembre 2008, l'Hospice "Le Onde e il Mare" nella sua originale formula organizzativa e gestionale ha superato positivamente la visita ispettiva della Regione Emilia Romagna per l'accreditamento istituzionale con il determinante contributo del gruppo di MMG.

I dati che rappresentano i risultati di questo primo anno di attività sono rappresentati nelle Tabelle che seguono.

TABELLA I
Percentuale di attivazione assistenza domiciliare integrata sui dimessi.

1° semestre	2° semestre	Tot. anno 2008
76,4%	81,5%	78,95

I casi che tornano al domicilio ricevono, attraverso il percorso delle dimissioni protette, l'assistenza domiciliare integrata, una piccola parte dei dimessi (poco più del 21 %) accedono a Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture protette.

TABELLA II
Percezione del paziente e della famiglia relativa all'assistenza ricevuta, Report URP (Ufficio Relazione con il Pubblico).

Indicatori	Tot. anno 2008
Rilievi	0
Reclami	0
Elogi:	
• attenzione ai bisogni	40
• umanizzazione	13

Il 30,4 % (34 su 174) dei Familiari dei pazienti ricoverati si sono rivolti all'URP Aziendale per esprimere il loro giudizio positivo sull'assistenza ricevuta dal proprio congiunto.

TABELLA III
Percentuale occupazione posti letto.

Standard per accreditamento	Tot. anno 2008
85%	98,2%

Nonostante l'alta percentuale di occupazione dei posti letto si registra ancora una relativa inerzia, se non, in certi casi, una resistenza verso il ricovero in Hospice, fenomeno peraltro documentato dalla esiguità dei casi in lista di attesa (media 1-2). Tale evidenza è probabilmente attribuibile ad una conoscenza dell'offerta assistenziale della struttura non ancora consolidata da parte del territorio. A questo proposito occorre sottolineare che la struttura, ad eccezione dei primi 3 mesi di attività, condizionati dalla necessaria implementazione organizzativa, opera attivamente da poco più di un anno.

TABELLA IV
Durata media dei ricoveri.

Standard di riferimento	Tot. anno 2008
20-25 gg.	22,6 gg.

TABELLA V
Percentuale di decessi in Hospice.

1° semestre	2° semestre	Tot. anno 2008
65%	66,4%	65,5%

Considerando come standard di riferimento il 70% (percentuale del numero dei pazienti deceduti in Hospice sul totale dei pazienti dimessi, compresi i deceduti), i dati rappresentati sono allineati e confermano l'importanza della domiciliarizzazione nella terminalità.

TABELLA VI
Pazienti assistiti dall'Hospice nell'anno 2008 suddivisi per patologia.

Patologie	Pazienti
Neoplasie	164 (94 %)
Cirrosi epatica	5
Cerebropatia	3
Sclerosi a placche	1
Spondilodiscite	1

TABELLA VII
I ricoverati dell'anno 2008 suddivisi per sesso e fasce di età.

Genere	N.	%
Maschi	100	57,5
Femmine	74	45,2

Fasce età	N.	%
40-50	6	3,4
51-60	8	4,6
61-70	33	19
71-80	70	40
81-90	48	27,6
91-100	9	5,2

Si conferma la prevalenza dei maschi e dell'età anziana (come atteso) tra i ricoverati.

TABELLA VIII
Numero di accessi e relativa motivazione dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale, anno 2008.

Motivazione	N. accessi
Constatazione decesso	79
Prescrizione terapeutica	7
Approccio relazionale Colloquio con familiari	3

L'attivazione dei medici del Servizio di Guardia Medica è soprattutto determinata dai casi di constatazione decesso, l'esiguità degli accessi per prescrizioni terapeutiche e colloqui relazionali indica l'efficacia dei PAI programmati dall'équipe per gli ospiti. Questo a dimostrazione che sempre molto importante è l'integrazione delle varie figure professionali che formano l'équipe per poter avere una continuità nelle cure erogate.

TABELLA IX
Provenienza ospiti, anno 2008.

Domicilio senza ADI attivata	16 (9%)
Domicilio con ADI attivata	38 (22%)
UO Ospedale	105 (60,3 %)
RSA	1
Casa protetta	4
Hospice ADO di Ferrara	3
Altro	3
Totale	174

La provenienza degli ospiti deriva prevalentemente da reparti ospedalieri; ciò rappresenta una criticità poiché la connotazione "territoriale" dell'Hospice dovrebbe rappresentare la risposta residenziale (di supporto assistenziale e/ o di sollievo alle famiglie) principalmente per chi è al domicilio.

Commento e discussione

Partiamo dalla considerazione che solo da poco più di 1 anno la struttura è in attività e quindi non ancora ben conosciuta, questa una delle spiegazioni per cui la lista di attesa è esigua. L'altra può essere ricercata nella reticenza di alcuni malati oncologici, che conoscono l'Hospice come struttura per terminali, dove in massima parte si va a morire e la difficoltà, giustificata e comprensibile, di accettare questa prognosi.

L'Hospice non va inteso invece come ricovero terminale perché se guardiamo la percentuale dei decessi (Tab. V) è del 65,5%, questo vuol dire che molti vengono ricoverati temporaneamente per sollievo alla famiglia e/o aggiustamenti delle terapie palliative, poi tornano al domicilio, dove prosegue l'assistenza domiciliare

integrata con il proprio medico curante. In fondo questo è uno dei punti principali per cui è stato concepito l'Hospice.

Altra riflessione che possiamo fare è sulla tipologia dei ricoveri, la stragrande maggioranza (94%) sono pazienti oncologici, solo una piccola quota sono patologie croniche di altra natura. In un prossimo futuro in previsione di un progressivo invecchiamento della popolazione ci sarà un incremento delle patologie croniche invalidanti e quindi potrebbe modificare la % nella tipologia dei ricoveri. Importante sottolineare il modello organizzativo, dove sono presenti 3 MMG. Abbiamo sempre ribadito che è compito e dovere del medico curante seguire i propri pazienti fino alla fine della loro vita, accompagnando loro e i loro famigliari a questo evento. Questo Hospice è un modello di integrazione tra varie figure Sanitarie e nel suo primo anno di vita ha dimostrato che, nonostante alcune criticità in parte già superate, in parte superabili, funziona e c'è soddisfazione da parte dei famigliari degli utenti. Il nostro lavoro è stato e deve essere sempre più impegnato nell'assistenza dei malati cronici a domicilio, in modo particolare ma anche all'interno degli Hospice, nelle case protette con il giusto riconoscimento dell'importante ruolo svolto dal MMG.

inratio 2

La soluzione a portata di mano

Per eseguire il PT/INR in ambulatorio o a domicilio in **UN SOLO MINUTO**



Per **ADATTARE IN TEMPO REALE** la Terapia Anticoagulante Orale



Per gestire il paziente a **360°**



Nuovo sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR per il paziente in Terapia Anticoagulante Orale

Per maggiori informazioni:

Numero Verde

800-869110

www.menarindiagnosics.it
servizioclienti@menarini.it

A.MENARINI
diagnostics