

Ospedale di Comunità: un modello vincente e sostenibile

Il modello sorto in Emilia Romagna nella seconda metà degli anni Novanta (Premilcuore 1995, Modigliana 1996) attualmente è riproposto in undici Regioni e testimonia l'ideoneità di tali strutture ai bisogni di cura sul territorio.

Il vento a favore degli Ospedali di Comunità (OdC) continua a soffiare da oltre un decennio e ha subito un nuovo impulso a seguito di alcuni provvedimenti legislativi che ne favoriscono l'attivazione. La nuova impostazione, contenuta anche nell'ACN per la medicina generale, promuove i Centri delle cure primarie e identifica le risorse professionali e gli obiettivi che vanno raggiunti attraverso le équipes territoriali *"al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi sociosanitari nell'ambito territoriale di riferimento"*. Ma, soprattutto e a lungo atteso, è giunto anche il riferimento con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che, a proposito della riorganizzazione delle cure primarie, recita (paragrafo 3.5): *"Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, gestito dai medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti"*.

Non a caso ciò che è un requisito per il ricovero dei pazienti negli Ospedali di Comunità non è tale per la struttura ospedaliera, anzi darebbe vita a ricoveri impropri, codificati secondo i Drg fra i casi outliers.

Ad accogliere con entusiasmo il

provvedimento a favore degli OdC è, soprattutto, **Giancarlo Aulizio** (giauliz@libero.it), Mmg, segretario della commissione nazionale Fimmg "Residenzialità & Domiciliarità" e Coordinatore del Ncp. As. "Tramazzo" a Modigliana (FC). Egli da un decennio rappresenta, nel nostro Paese, il punto di riferimento per chiunque si interessa di OdC, ciò grazie ad un'opera divulgativa incessante (pubblicazioni, partecipazione a congressi e convegni, collaborazione per linee guida e tesi universitarie, ecc.) che lo ha portato sempre a sostenere la necessità di regolamentare, con leggi regionali e nazionali, questo servizio sanitario residenziale del territorio per inserirlo nella programmazione istituzionale. Aulizio, nel corso del 2° convegno nazionale *"Per un Welfare sostenibile"*, promosso dalla Fimmg e dalla Lega-Coop e dedicato alla cooperazione dei medici di famiglia e nelle cure

primarie, tenutosi a Fuggi, ha sottolineato l'attualità del modello sorto in Romagna nella seconda metà degli anni Novanta (Premilcuore 1995, Modigliana 1996) e che oggi è riproposto in undici regioni, con un totale di 53 OdC attivi.

"Il Mmg, ricollocato al centro del sistema delle cure primarie - afferma Aulizio - dopo il fallimento della cultura ospedalocentrica, si è reinventato un ruolo attraverso esperienze innovative. Queste si esprimono in tutte quelle forme (medicina in associazione, di gruppo, in rete, cooperative) che valorizzano l'associazionismo medico, spingono all'assistenza domiciliare, ottimizzano le risorse, responsabilizzano il medico di famiglia".

La scelta dell'Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna è sempre stata attenta ai cambiamenti: anzi, di molti di loro si è fatta promotrice anche con impegni economici notevoli e con progetti che poi hanno fatto scuola. Si pensi per esempio alla "rete" dei suoi servizi socio-sanitari, caratterizzata dai cosiddetti "nodi" che consistono in

Gli obiettivi dell'Ospedale di Comunità

- Ridurre i ricoveri impropri ospedalieri.
- Ridurre il disagio ambientale e la spersonalizzazione del ricovero ospedaliero.
- Ridurre i rischi da ospedalizzazione e relativi costi umani e finanziari (infezioni, cadute, incontinenza, sindromi ipocinetiche, piaghe da decubito).
- Razionalizzazione delle risorse strutturali e recupero immobili dismessi o sottoutilizzati, finanziarie (riduzione dei costi dei ricoveri ospedalieri), e umane (riconversione, mantenimento di occupazione in zone disagiate o decentrate).
- Garantire maggior continuità assistenziale attraverso la valorizzazione della centralità del Mmg e le forme associative, anche con la creazione di équipes multidisciplinari.
- Favorire l'accesso e la collaborazione dei familiari e del volontariato.
- Ridurre il pendolarismo dei familiari.
- Valorizzare il ruolo infermieristico aumentandone le responsabilità, rivalutandone la professionalità.
- Favorire un approccio multidisciplinare ai problemi del paziente.

risposte pertinenti alle varie domande di assistenza. Una rete nella quale i nodi non sono fra loro collegati non avrebbe alcun senso in termini di efficacia e appropriatezza: per questo, da tempo, riconfermata dall'ultimo Piano Programmatico (Pp) 2005-2009, la progettazione della Regione è caratterizzata "dall'approccio all'intero sistema di cure ospedaliere o territoriali per percorsi assistenziali fondati sull'intensità di cura, allo scopo di specializzare la risposta per la fase acuta, per quella post-acuta e per quella cronica, separando all'interno dell'Azienda la parte di produzione da quella di committenza". Quindi il Pp 2005-2009 riorganizza l'offerta sanitaria con tre modalità:

- l'ospedale come luogo per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta;
- le strutture di degenza in ospedale e nel territorio come presidi per la risposta alla fase post-acuta;
- i servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali del territorio, deputati alla risposta più appropriata ai bisogni sanitari e sociosanitari dell'ultima fase della post acuzie, soprattutto dei pazienti cronici, con spostamento dell'asse assistenziale verso la domiciliarità.

Sviluppare la sanità nel territorio significa promuovere, organizzare, attivare e consolidare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione territoriali rendendo accessibili i servizi ai cittadini attraverso il potenziamento delle attività di cure primarie. Mentre sviluppare queste ultime e i Nuclei di Cure Primarie (Ncp) significa:

- realizzare l'integrazione fra sociale e sanitario;
- individuare e realizzare sedi per i Ncp in tutte le vallate e città;
- realizzare nei Ncp l'integrazione organizzativa e professionale dei Mmg, dei pediatri di libera scelta, dei medici di CA, degli specialisti, degli infermieri, degli assistenti sociali, ecc.

Soprattutto significa attivare dei presidi, presenti su tutto il territorio, dove il cittadino possa trovare una prima risposta ai suoi bisogni e

problemi di salute ed essere accompagnato all'interno dei percorsi specialistici. I nuclei di cure primarie strutturati sono, quindi, modelli organizzativi di integrazione fra Mmg/Pls e utilizzano la sede in cui sono presenti altri servizi dell'Ausl, resi attuabili per gli accordi regionali raggiunti con i Mmg.

I vantaggi auspicati attraverso i Ncp sono:

- la maggiore accessibilità agli ambulatori dei Mmg (aperti almeno 7 ore e fino a 12 ore al giorno per cinque giorni la settimana e con la presenza dell'infermiere);
- punto unico di erogazione di tutti i servizi sanitari locali;
- sviluppo degli ambulatori per le principali patologie croniche; integrazione multiprofessionale;
- maggiore integrazione fra Mmg e medici di Ca (con possibile ambulatorio di guardia medica nei festivi e prefestivi);
- facilitazione dello scambio di informazioni per via telematica, dei Mmg fra loro, con gli specialisti territoriali e gli infermieri, e con l'ospedale.

■ L'evoluzione

"L'Ausl di Forlì - continua Aulizio - ha deciso di sperimentare i Ncp a Modigliana perché i cinque Mmg, in precedenza associati in rete, oggi lo sono anche nella medicina di gruppo, avendo trasferito i loro ambulatori nei locali messi a disposizione al piano terra del Presidio socio sanitario (Pss), ove sono presenti anche il 118, la radiologia, la palestra di Fkt e l'ambulatorio della fisiatra. Al primo piano vi sono tutti gli altri servizi territoriali (Adi, consultorio familiare, salute infanzia-vaccinazioni, psichiatria, neuropsichiatria, psicologia e riabilitazione infantile, igiene pubblica, servizio veterinario, Cup) e gli ambulatori specialistici (cardiologia, chirurgia, dermatologia, fisioterapia e riabilitazione, ginecologia, neurologia, ortopedia, urologia, OrL, endocrinologia, prelievi, radiologia (comprese ecografie). Mentre negli altri due pia-

ni abbiamo l'OdC e la Rsa, anch'essi gestiti dai Mmg, e il servizio di CA. Inoltre, il Pss è adiacente alla Casa Protetta comunale (29 posti letto) che ospita anche l'ambulatorio pubblico di odontoiatria, le sedi del TdM e dell'Avis. Per queste ragioni il Ncp di Modigliana è stato definito avanzato e sperimentale: perché ha trovato un terreno favorevole alla sperimentazione vista la decennale esperienza nel collaborare da parte dei Mmg e perché insiste in un Presidio che già ospita l'OdC (12 p/1), la Rsa (8 p/1) e la totalità dei servizi distrettuali". Secondo Aulizio, gli OdC sono necessari al territorio perché hanno valenza residenziale prevalentemente sanitaria e rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona malata, a differenza degli altri servizi (Case di riposo, protette, Rsa) in cui prevalgono gli aspetti sociali o socio-sanitari e i cui accessi sono determinati da liste d'attesa o da commissioni di valutazione. "Quando ad un OdC si affianca una medicina di gruppo - sottolinea Aulizio - magari nello stesso immobile che ospita anche la maggior parte dei servizi territoriali (specialistica, CA, 118, ecc.) si ottiene la massima sinergia nell'ambito delle Cure Primarie e lo stesso OdC funziona da "volano" per ulteriori investimenti professionali e tecnologici, recuperando a un ruolo davvero centrale il Mmg".

Requisiti e criteri generali per l'accesso dei pazienti nell'Ospedale di Comunità

1. Temporaneamente, in assenza di adeguato supporto familiare o ambientale.
2. Malati con patologie croniche dimessi precocemente dagli ospedali dopo il primo trattamento.
3. Malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo.
4. Pazienti affetti da patologie in fase terminale.
5. Pazienti in regime di Day Hospital.