

## Integrazione tra ospedale e territorio

**Tristano Orlando**  
Medico di medicina generale  
Torino, AIMEF

*Un esempio concreto di tale possibilità viene da un progetto obiettivo messo a punto nel capoluogo piemontese con la finalità di incentivare e razionalizzare l'interazione fra medici di medicina generale e medici del Pronto Soccorso di due grandi ospedali di Torino*

**L**a dimissione del paziente ospedalizzato rappresenta da sempre un momento critico nella vicenda già piena di incognite della malattia di un paziente. Gli attori di questo scenario sono tre: il medico ospedaliero o del Pronto Soccorso, il medico di famiglia e il paziente, ognuno ha delle preoccupazioni e corre dei rischi.

Il medico ospedaliero o del Pronto Soccorso (Mps) si assume la responsabilità di allontanare da un ambiente protetto e relativamente sicuro un paziente che non sempre è nelle condizioni psichiche e fisiche di star bene a casa propria. Molte volte la carenza di posti letto nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea) o nei reparti di ricovero induce il medico ospedaliero ad anticipare le dimissioni di un paziente magari non ancora stabilizzato.

Il medico di famiglia nel ricevere la gestione di un paziente dal collega ospedaliero è consigliato ad applicare e continuare una terapia iniziata in ospedale e in condizioni di riposo forzato (il paziente in regime di ricovero è costretto a restare per molto tempo a letto e comunque a riposo) mentre il più delle volte a casa il paziente ha maggior mobilità e magari riprende abitudini non del tutto adatte al suo stato di convalescenza, per cui il Mmg deve adeguare la terapia alla nuova condizione senza avere il conforto di un monitoraggio continuo e/o di conferme strumentali o di laboratorio.

Il paziente può vivere il momento delle dimissioni da un lato con sollievo perché il ritorno a casa è sempre gradito, dall'altro come un momento di incertezza e insicurezza in quanto da una situazione di assoluta

protezione passa a un'altra di minore assistenza per la mancanza di caregiver e/o della presenza continuativa di medici e infermieri. In tale contesto va poi tenuto presente che per eventuali emergenze-urgenze occorre affidarsi a medici ancora differenti come i medici di continuità assistenziale.

### ■ Un progetto di condivisione

Questa parcellizzazione dell'assistenza post ricovero indubbiamente non assicura grande sicurezza al paziente, soprattutto se questi non è perfettamente guarito.

In passato si è tentato in varie maniere di ovviare alla mancanza di integrazione e condivisione dell'assistenza sul territorio, ma con poco successo soprattutto perché l'atto delle dimissioni molto spesso è una necessità per il medico ospedaliero che deve preoccuparsi di trovare una migliore sistemazione per pazienti gravi in attesa di posto letto in reparto.

Un'occasione per poter riflettere su un progetto condiviso di dimissione fra medici di Pronto Soccorso e medici di famiglia si è presentata nel capoluogo piemontese, attraverso la disponibilità presso il Pronto Soccorso degli ospedali S. Giovanni Bosco e Gradenigo (Torino ex Asl 04 attuale T02) di un certo numero di letti idonei a una osservazione prolungata e intensa dei pazienti ricoverati.

Un gruppo di medici di famiglia ha provato insieme ai responsabili dei reparti di Pronto Soccorso a riflettere su un possibile percorso condiviso tendente da un lato a evitare il soggiorno in un reparto di appoggio di pazienti non bisognosi di osser-

vazione ad alta intensità e dall'altro a rendere più sicuro il momento delle dimissioni per pazienti non guariti, ma stabilizzati, affetti da patologie ben definite come scompenso cardiaco, polmonite comunitaria (superata la fase critica), BPCO, non in fase critica.

Così è stato definito un progetto attraverso proposte e discussioni nell'ambito dell'UCAD (Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali), organismo la cui funzione principale è proprio l'integrazione e il coordinamento relativamente alle attività svolte:

- tra i diversi servizi territoriali;
- tra i servizi territoriali e i medici convenzionati (Mmg, Pls, specialisti);
- tra attività territoriali e attività ospedaliere;
- tra attività territoriali di natura sanitaria e socioassistenziale.

Il progetto è stato approvato e presentato a tutti i Mmg compresi nel distretto di appartenenza. L'adesione è volontaria (ad oggi è del 65% circa).

### ■ I dettagli

Per definire tale proposta, un grande lavoro è stato effettuato sul concetto di "paziente stabilizzato".

Si trattava di definire tale concetto in una nuova situazione: un paziente non ancora guarito, bisognoso di assistenza e osservazione, ma a bassa intensità, che può essere erogata anche a casa, se sono disponibili determinati livelli di assistenza. È stato scelto un criterio di stabilizzazione adeguato alla destinazione del paziente, cioè una stabilizzazione domiciliare. Perché il paziente possa es-

sere dimesso devono sussistere alcune condizioni, talune relative alla condizione del paziente, altre di tipo socio-ambientale.

**Condizione cliniche:**

- il paziente non deve avere necessità di terapia iniettiva intramuscolare o per flebo;
- non deve essere necessario monitorare le condizioni del paziente con esami di laboratorio e/o strumentali prima di cinque giorni;
- non deve essere necessaria la somministrazione di ossigeno.

**Condizioni socio-ambientali:**

- deve essere presente e disponibile a domicilio un caregiver idoneo;
- l'abitazione del paziente deve essere idonea, per spazi e dotazione di servizi, ad accogliere un paziente non autosufficiente.

L'obiettivo è quello di creare un canale prioritario di comunicazione fra medico del Pronto Soccorso e i medici di medicina generale, finalizzato a:

- rendere ancora più sicura la presa in carico di pazienti che, superata la fase di criticità in Pronto Soccorso, abbiano necessità di assistenza a bassa intensità, erogabile anche al domicilio del paziente;
- consentire la diminuzione del numero di ricoveri "impropri per pazienti stabilizzati e bisognevoli di assistenza a bassa intensità" ottenendo, nel contempo, una maggiore sicurezza per il paziente;
- rendere più facile lo scambio di notizie cliniche fra Mps e Mmg su pazienti affetti da patologie ben definite, con caratteristiche cliniche concordate.

**La fruizione dei dati**

Per ottenere questo obiettivo è però necessario attivare dei nuovi collegamenti fra medici di Pronto Soccorso e medici di famiglia per rendere più facile lo scambio di notizie cliniche sui pazienti affetti da patologie ben definite, con caratteristiche cliniche concordate. Si è stabilito così che per i malati affetti da scompenso cardiaco, BPCO, broncopolmonite comunitaria con rischio non elevato, superata la fase

critica, avvenuto l'inquadramento diagnostico e superata la fase acuta della terapia, il giorno precedente la dimissione, il medico di Pronto Soccorso proceda a contattare telefonicamente il Mmg, affinché questi nel giorno successivo alla dimissione, possa visitare l'ammalato. Durante il contatto telefonico il medico ospedaliero informa dettagliatamente il medico di famiglia sulle condizioni cliniche del paziente. Il medico di famiglia a sua volta informa il collega sulle condizioni domiciliari del paziente ed esprime parere sulle dimissioni.

La telefonata al Mmg deve avvenire nelle prime ore (entro le 10) del mattino al numero di telefono che il Mmg ha fornito alla Asl per la richiesta di visite domiciliari. Se la telefonata viene recepita dalla segreteria telefonica, il Mmg deve telefonare al medico di Pronto Soccorso entro le ore 14.00. Ovviamente l'ospedale deve fornire una linea telefonica dedicata, alla quale deve rispondere solo ed esclusivamente il medico di Pronto Soccorso.

Il giorno dopo le dimissioni, o il giorno stesso se il Mmg lo ritiene opportuno, il paziente è visitato dal proprio medico di famiglia, se que-

sto riscontra che le condizioni cliniche sono differenti da quelle comunicate dal collega ospedaliero, o se nel frattempo sono cambiate, rinvia il paziente immediatamente al Pronto Soccorso, che non può rifiutarlo.

**L'operatività**

Il Mps, rispettando il Protocollo operativo, stabilisce se ci sono i criteri per poter attivare una dimissione protetta di un paziente che ha in gestione. La procedura è attiva dal lunedì al giovedì; se il paziente rientra nei criteri stabiliti e può essere dimesso nel giorno successivo, il medico di Pronto Soccorso contatta telefonicamente il medico del paziente e lo informa compiutamente sulle condizioni cliniche del paziente, verificando se lo stesso è assistito al proprio domicilio da parenti o caregiver. Non rientrano in questo protocollo i pazienti che vivono da soli. Se non fosse possibile parlare direttamente con il Mmg, il Mps deve lasciare un messaggio nella segreteria telefonica del telefono fisso (non cellulare), spiegando chiaramente quale è il motivo della telefonata.

**La comunicazione tra Mmg e Mps**

Presso il Pronto Soccorso deve essere istituito un accesso telefonico dedicato al Mmg che gli consenta di comunicare direttamente con il Mps. Altresì il Mps deve avere possibilità di comunicare direttamente con il Mmg. La comunicazione del Mps deve contenere una informazione completa sul caso clinico del paziente in dimissione. Nel caso in cui il Mmg, sulla base della conoscenza del quadro clinico e delle condizioni socio-economiche e ambientali (fragilità del paziente, assenza/inadeguatezza di caregiver) non ritenga proponibile la dimissione esprimerà le proprie considerazioni motivate che verranno tenute in conto dal Mps. La visita che il Mmg eseguirà nel giorno successivo potrebbe sfociare in una apertura di una cartella ADI, che si potrà formalizzare anche successivamente e per questi malati dovranno essere disponibili tutte le risorse delle cure domiciliari. L'apertura della cartella ADI sarà garantita nel più breve tempo possibile, magari nella stessa giornata e al paziente dovranno essere assicurati tutti i presidi necessari per l'assistenza. Qualora le condizioni generali dell'ammalato dopo la dimissione dovessero ritornare critiche (o se comunque a giudizio del Mmg le condizioni una volta valutate a domicilio costituissero un rischio per la salute del paziente) è facoltà del Mmg rinviare lo stesso al PS con procedura d'urgenza il giorno stesso o nei giorni successivi. Sia i Mps sia i Mmg segnaleranno ai Direttori di distretto gli eventuali problemi rilevati. Il Mps prima di avviare la procedura deve dare al paziente informazione completa sulle modalità di continuità assistenziale e richiederne l'adesione.

Il Mps informa della procedura di dimissione il paziente, il quale se non fosse d'accordo potrebbe rifiutare la dimissione dal Pronto Soccorso.

### ■ Compiti del Mmg

Il Mmg, se contattato dal Mps, entro le ore 14 del giorno stesso telefona al PS utilizzando il numero dedicato per avere un colloquio diretto con il collega che lo ha contattato con il fine di concordare le eventuali dimissioni del paziente. Il Mmg esprime parere vincolante sulle condizioni di assistibilità del paziente a domicilio, se non vi saranno gli standard minimi di sicurezza relativi all'assistenza domiciliare potrà dare parere negativo sulle dimissioni. Il giudizio del Mmg dovrà essere accettato dal Mps.

Il Mmg si impegna a visitare il paziente al suo domicilio entro il giorno successivo alle dimissioni oppure,

se ritiene opportuno, anche il giorno stesso delle dimissioni. Il Mmg prende in carico il paziente assumendo le iniziative che ritiene necessarie per il proseguimento delle cure.

Se le condizioni del paziente sono diverse da quelle che gli sono state comunicate, o se le stesse sono peggiorate in modo repentino, il Mmg ha la facoltà di rinviare il paziente al PS che per definizione non può rifiutare l'accettazione.

Il paziente, (o un parente responsabile), deve essere adeguatamente informato dal Mps sulle sue condizioni cliniche e sulle modalità delle dimissioni che il Mmg prevede dal protocollo. Se il paziente non è d'accordo con la procedura proposta potrà rifiutare la dimissione.

I pazienti saranno giudicati clinicamente dimissibili esclusivamente se non avranno necessità di:

■ ossigenoterapia a domicilio (escluso i pazienti che assumono cronicamente ossigeno);

■ controlli ematologici e strumentali di qualunque genere prima dei cinque giorni dalla data delle dimissioni;

■ terapia infusoriale di qualunque genere;

■ terapia iniettiva domiciliare;

■ monitoraggio continuo dei parametri vitali.

Comunque va ancora una volta sottolineato che per questo progetto i pazienti potranno essere dimessi solo se al domicilio sarà presente e attivo un caregiver e sarà possibile una assistenza qualificata sia dal punto di vista ambientale che familiare.

Per il futuro è previsto un continuo monitoraggio dell'andamento degli obiettivi previsti dall'accordo. L'auspicio è quello di poter contemplare:

- un incremento delle adesioni;
- un ampliamento delle modalità ad altri servizi;
- una soddisfazione dei pazienti e dei professionisti.