

Scommessa vincente quella dell'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) di Maniago è stato fortemente voluto dalla Regione Friuli Venezia Giulia (FVG), che ne ha avviato la sperimentazione e dopo dieci anni di attività ne ha confermato la validità.

Altre Regioni italiane, come l'Abruzzo, alle prese con la riorganizzazione della rete ospedaliera, hanno preso come esempio l'esperienza di Maniago, assieme alle Regioni Emilia Romagna e Lombardia, per riconvertire numerosi piccoli ospedali costosi e inefficienti.

L'Ospedale di Comunità di Maniago, quindi, nato inizialmente tra lo scetticismo di certa politica, ma fortemente accettato dalla popolazione e dagli stessi operatori che vi avrebbero lavorato, dopo dieci anni di attività, ha confermato le potenzialità iniziali nell'interesse della comunità locale.

I medici di medicina generale hanno a disposizione uno strumento che, in casi selezionati, permette di ricoverare direttamente i loro assistiti, con margini di gestione notevolmente superiori alla loro precedente esperienza.

Premesso che l'OdC non è un luogo dove si va a morire (i ricoveri per terapie palliative in pazienti terminali rappresentano il 5-10% del totale) ma è un luogo dove si va per proseguire o ottimizzare la terapia, per iniziare un trattamento riabilitativo, per migliorare il livello di autonomia di un anziano - specialmente dopo un evento acuto - e per chiarire una sintomatologia insorta in persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti. L'ospedale di comunità infatti consente di affrontare problemi di salute per i quali non è sufficiente l'assistenza domiciliare ed è eccessivo un ricovero ospedaliero in un reparto per acuti.

Dal 2000, anno di fondazione dell'Ospedale di Comunità di Maniago, al 2010 i ricoveri nella struttura sono stati oltre 1.400. Secondo le



attente valutazioni Regionali e dell'ASS6, questo dato mostra come il modello abbia una forte validità tecnica e trovi una sua collocazione in uno spazio, fino a quel momento grigio, tra l'assistenza altamente tecnologica degli ospedali per acuti e l'assistenza domiciliare. Inoltre l'Azienda sanitaria ha analizzato altre caratteristiche di questo modello evidenziandone i punti di forza: degenza gratuita come nei normali ospedali; responsabilità clinica diretta del medico di medicina generale per il suo paziente ricoverato; erogazione dei farmaci e delle prestazioni con le medesime modalità e tempistiche ospedaliere; attribuzione della gestione organizzativa e dei costi al distretto sanitario competente. Inoltre, sottolinea l'ASS6, non si riscontra una confusione di ruoli tra l'OdC e l'ospedale per acuti bensì si coglie l'obiettivo di ridurre il numero dei ricoveri impropri e/o incongrui; si dà una risposta a quelle patologie che non si possono trattare in ospedale, specialmente le patologie dell'anziano (fasi post-acute, riacutizzazioni di patologie croniche, stati terminali); il Mmg assume realmente un ruolo centrale con la sua diretta gestione del paziente ricoverato; si evidenzia una significativa compressione di spesa e grande efficienza di gestione del paziente nelle fasi di continuità assistenziale domicilio-ricovero-riabilitazione-domicilio. Ormai non sfugge a nessuno che lo sviluppo di queste strutture intermedie è diventata anche l'occasione per esaltare e integrare la collaborazione tra tutti gli addetti all'assistenza sanitaria: medici, infermieri professionali, fisioterapisti e altre importanti figure che intervengono quotidianamente nei confronti di quell'area molto impegnativa della patologie più frequenti legate all'età media e

alla terza età. In poche parole attraverso l'OdC si ottiene una maggiore adeguatezza di copertura territoriale e di salvaguardia della operatività delle strutture per acuti per definizione ad alto impatto economico.

Una tale esperienza ci porta a considerare il fatto che dovrà essere sostenuto e realizzato, dovunque sia possibile, l'associazionismo tra i Mmg e lo sviluppo della rete di assistenza territoriale infermieristica domiciliare.

Nel caso della realtà maniaghese, che ha un mandamento di circa 30.000 abitanti, l'importanza e l'utilità dell'OdC risulta evidente osservando lo scenario demografico ed epidemiologico che è diventato un modello per tutta la realtà regionale. Dall'anno 2000 al 2020 la quota di popolazione con età superiore o uguale a 65 anni supererà il 20% del totale e in questa fascia il 18% supererà l'età di 80 anni.

La prevalenza delle patologie croniche degenerative imporrà sempre più ai servizi sanitari il mantenimento e il potenziamento di strutture che soddisfino i bisogni di questa popolazione bisognosa di assistenza domiciliare, ma anche di sedi opportune per il ricovero quando l'assistenza domiciliare è impossibile. Strutture agili, non ad alta tecnologia, sono essenziali per ridurre il numero di ricoveri impropri e/o incongrui che vanno ad intasare le corsie degli ospedali di 2° e 3° livello, trasformate ormai in lungodegenze geriatriche, con conseguente aumento di decubiti e infezioni ospedaliere.

La maggior parte dei piccoli ospedali può trovare e sta trovando in questo modello una possibilità di riconversione vera, sperimentata sul campo, un'adeguata rivalutazione tecnica non un *escamotage* politico o campanilistico. Per questo l'OdC è degno di essere inserito a pieno titolo nel Ssn, nei prossimi piani Governativi e regionali, come soluzione reale, efficiente e vicino alla malattia dell'utenza che rimane nel suo ambiente di origine ottimizzando la spesa sanitaria in generale.

Mario Ius e Luigi Cerrone

Ospedale di Comunità di Maniago (PN)