

I SAGGI

# SANITÀ E TERRITORIO LE FORME DELL'INNOVAZIONE

Atti della Seconda Giornata delle Buone Pratiche





# INDICE

## SANITÀ E TERRITORIO. UN RUOLO PER LA COOPERAZIONE SOCIALE

Antonio Costantino, <i>Presidente di Proges</i> .....	8
--	---

## L'OSPEDALE ALL'INTERNO DELLA RETE SANITARIA DEL TERRITORIO

Massimo Fabi, <i>Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</i> .....	14
--	----

## LA SFIDA DELLA CRONICITÀ

Ettore Brianti, <i>Direttore sanitario dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</i> .....	20
--	----

## CURE PALLIATIVE E BUONE PRASSI NELL'HOSPICE LA "CASA DI IRIS"

1. <i>Introduzione.</i> .....	24
2. <i>Hospice esempio di buona prassi gestionale (case manager: ingresso e uscita dei pazienti).</i> .....	25
3. <i>Hospice esempio di buona prassi formativa.</i> .....	26

## TRA SANITÀ, PERSONA E TERRITORIO:

### L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI MAGLIANO (LU)

di Giovanna Garsi e Lorenzo Lasagna <i>Introduzione. L'Ospedale di Comunità.</i> .....	30
<i>L'Italia: il caso di Modigliana (FC)</i> .....	32
<i>L'Ospedale di Comunità: caratteristiche.</i> .....	34
<i>L'Ospedale di Comunità di Magliano.</i> .....	36
<i>L'organizzazione.</i> .....	39
<i>Ringraziamenti.</i> .....	44



SANITÀ E TERRITORIO.  
UN RUOLO PER LA  
COOPERAZIONE SOCIALE

## SANITÀ E TERRITORIO. UN RUOLO PER LA COOPERAZIONE SOCIALE

**Antonio Costantino,**

*Presidente di Proges*

Innanzitutto desidero ringraziare la linea sociosanitaria di Proges che ha ideato e organizzato le Giornate delle Buone Pratiche, perché credo che queste iniziative siano molto importanti: ci permettono di costruire una vision di prospettiva, di ragionare e confrontarci su progetti che hanno bisogno di investimenti, di formazione, prima di raggiungere gli obiettivi che a volte spesso non sono facili.

Vorrei iniziare citando la legge della Regione Emilia Romagna del 17 luglio 2014, cioè le norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale. Questa legge definisce per la prima volta in modo chiaro qual è il nostro ruolo in prospettiva, in un futuro di rapporto pubblico-privato. L'articolo 1 comma 1 dice che "La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle proprie competenze ai sensi degli articoli 45 e 117, commi terzo e quarto, della Costituzione, e fermi restando i propri atti di programmazione, con la presente legge riconosce e sostiene il ruolo e la funzione pubblica esercitata dalle cooperative sociali". Questo significa che oggi la cooperazione sociale viene parificata al pubblico dal punto di vista della gestione. Al comma 2 punto b) invece è scritto che tale legge detta norme "per determinare, ferma restando la titolarità e la responsabilità sulla programmazione degli enti locali, le forme di partecipazione della cooperazione sociale alla progettazione, gestione, realizzazione ed erogazione degli interventi nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi alla persona".

Si tratta di concetti estremamente importanti, che ci confortano perché noi, negli anni della nostra presenza nel settore sociosanitario ed educativo, da una parte abbiamo sempre agito e sempre riconosciuto il ruolo determinante e indispensabile del pubblico sulla programmazione e sul controllo. Questo per noi è sempre stato un fatto fondamentale. Infatti quasi tutti gli investimenti di Proges negli anni sono sempre stati esclusivamente all'interno della pianificazione pubblica: non ci siamo mai azzardati a sviluppare investimenti da privati profit, ma sempre e comunque attraverso un confronto con il pubblico di riferimento, e in modo particolare con l'azienda USL. Ma al tempo stesso, però, questo punto b) è molto importante, perché "ferma restando la titolarità e la responsabilità sulla programmazione degli enti locali" ritiene necessario definire "le forme di partecipazione della cooperazione sociale alla progettazione, gestione, realizzazione ed erogazione degli interventi nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi alla persona" al fine di "disciplinare i rapporti fra le attività delle cooperative sociali e quelle dei servizi pubblici aventi contenuto sociale, socio-assistenziale, socio-educativo, socio-sanitario, educativo e sanitario".

Ed è la prima volta che la nostra Regione riconosce anche nell'ambito sanitario un ruolo della cooperazione sociale. E lo riconosce in modo formale, individuando un interlocutore privilegiato, rispetto a qualsiasi privato profit che oggi possa fornire servizi nell'ambito della sanità.

Ecco, noi stiamo investendo, la nostra è una cooperativa che è abituata ad avere una strategia, condivisa al nostro interno, e sulle strategie noi investiamo risorse, risorse umane, risorse economiche, cercando di comprendere a fondo il sistema. In questi 20 anni siamo stati una stampella per il sistema dei servizi sociali in generale, quindi sul sistema di welfare, in questa regione e anche in altre regioni, senza la quale il livello di welfare aggiunto non sarebbe stato possibile. Oggi la cooperazione sociale, può piacere o non piacere, tiene in piedi il sistema di welfare, sono i dati che lo confermano. E a partire da questa esperienza noi oggi, come cooperativa abbiamo, con molta umiltà, individuato quelle che possono essere le prospettive di rapporto pubblico-privato nell'ambito sanitario, individuando un filone sul quale investire proporci.

Ma questi investimenti non si possono improvvisare, e la nostra esperienza maturata sullo 0-6 anni, sugli anziani e sulla psichiatria, ci dice che prima di diventare solidi nella nostra collaborazione con il pubblico, dobbiamo crescere, dobbiamo fare esperienza, dobbiamo acquisire dei titoli. I titoli si raggiungono attraverso dei sacrifici, perché le cooperative sociali sono imprese private, sono imprese private che si basano principalmente sul lavoro dei propri soci. E ogni volta che una cooperativa sociale fa un investimento si espone a livello finanziario, quindi corre dei rischi d'impresa. E noi abbiamo sempre corso dei rischi d'impresa, abbiamo investito milioni nel sistema di welfare, in Emilia Romagna, in Lombardia, e in altre regioni, e lo abbiamo fatto non per incoscienza ma seguendo un principio ispiratore: dare valore al nostro lavoro. E per dare un valore al nostro lavoro dobbiamo investire: non possiamo limitarci ad avere un rapporto con il pubblico di totale subalternità, di inerzia, ma dobbiamo proporci per fare cose che il pubblico fatica a fare, attraverso gli strumenti che il mercato propone, ad esempio project financing o le concessioni.

Questo modo di operare ci permette di raggiungere il nostro obiettivo primario che è la pianificazione dell'occupazione. Provate a immaginare che differenza può fare per un lavoratore avere un posto di lavoro attraverso una gara di appalto che dura 2 o 3 anni, e poi chissà. Quindi, in prospettiva, anche sulla sanità, sarà per noi importante avere la possibilità di investire, e avere uno sviluppo occupazionale attraverso gestioni pluriennali.

Oggi dare un valore all'occupazione significa mettere al centro uno dei temi oggi più scottanti del nostro Paese. A me fa piacere che oggi nella nostra città, nei nostri territori, nella nostra regione ci siano realtà pubbliche che sono delle eccellenze. Non dappertutto è così. Però non possiamo nemmeno nascondere il fatto che anche noi abbiamo i nostri problemi, la spending review non colpisce solo la Basilicata o la Calabria o il Lazio. La spending review picchia duro anche in regioni come le nostre. Quindi penso che

occorra un ragionamento di prospettiva, perché l'obiettivo che noi cerchiamo di condividere con il pubblico non è un obiettivo breve, ma un obiettivo che ci possa portare nel tempo a costruire delle partnership pubblico-privato condivise. Quando si perdono risorse infatti è un problema, e infatti la sanità mi risulta sia essere una delle realtà più importanti che subisce dei tagli o comunque delle interruzioni importanti nei finanziamenti. Quindi il tema è questo: oggi realtà come Proges, che sono cooperative sociali strutturate che sviluppano un'occupazione stabile intorno alle 3000 unità, non precarie ( si tratta di soci lavoratori a tempo indeterminato) sui quali noi investiamo in formazione, investiamo in sviluppo aziendale... cooperative come le nostre, e ce ne sono tante altre, possono essere degli elementi strategici per il sistema, se il sistema li riconosce come tali.

Ma nel nostro paese purtroppo questi processi non hanno preavvisi. Assistiamo per anni a delle chiusure, e poi improvvisamente ci si rende conto che si trattava di pregiudizi ideologici. Ricordo che l'assistenza domiciliare agli anziani era gestita dall'azienda ASL, anni fa. Noi eravamo i supplenti dei dipendenti dell'ASL per l'assistenza domiciliare, a chiamata. Successivamente arrivò un momento dove noi abbiamo cominciato a giocare un ruolo da protagonisti e non più da fornitori ma da partner. Ed è questo l'obiettivo che noi abbiamo, essere dei partner. Stessa cosa è avvenuta sui nidi, sulle scuole dell'infanzia. Noi fortunatamente avevamo investito, avevamo fatto molti sacrifici. Abbiamo acquisito titoli. E all'improvviso si è aperto un rapporto con il pubblico e si è cominciato a privatizzare negli asili e nelle scuole elementari.

Oggi noi vogliamo oggi investire sul nostro lavoro cercando di crescere a livello di competenza, di forza, di esperienza nell'ambito della sanità. Certo, non in quella sanità che si basa su specialistiche di livello, perché siamo coscienti di cosa possa significare questo, bensì in una prospettiva, se volete anche banale, che si basa anche su alcune delle esperienze che abbiamo presentato in questa edizione delle Buone Pratiche. Noi stiamo cercando di comprendere se effettivamente in un contesto come quello che sta vivendo il nostro Paese, dove comunque le risorse sono destinate a calare, siamo capaci di gestire oltre che delle case di riposo, delle RSA, anche delle strutture sanitarie a bassa intensità. Pensiamo di essere capaci perché abbiamo sviluppato competenze professionali dal punto di vista sociosanitario che non hanno nulla da invidiare al pubblico. E siamo convinti che un domani potremo essere, come lo siamo stati sul welfare, una stampella del sistema pubblico.

Per concludere penso che un'attenta analisi di quello che può essere il rapporto pubblico-privato su questo tema vada fatta insieme ma con molta attenzione. Perché il rapporto pubblico-privato si può sviluppare in

tanti modi. Quando le risorse calano all'interno del sistema pubblico i primi a pagarne le conseguenze noi. Cioè sono i cosiddetti fornitori, perché il rapporto pubblico-privato facilmente scivola verso il basso, verso condizioni che siano il più convenienti possibile al pubblico dal punto di vista economico. A discapito della qualità e di una visione evolutiva dei servizi. Su questo tema io credo che occorra agire con sensibilità. Questa è la nostra grande preoccupazione: che tutto ciò che è stato costruito in questi 20 anni si sgretoli pian piano e si torni a considerare, lo dico perché anche può essere una provocazione, la qualità non dico un optional ma una variabile secondaria rispetto al costo. Se si va su questa strada, se il rapporto con il settore sociale si baserà su queste logiche, io credo che sarà una grande sconfitta. Una sconfitta per tutti, sia settori delicati come quello sociosanitario, sia per la scuola, sia per settori vitali per un Paese democratico che ha come il nostro una storia e una cultura importanti.

Io credo invece che dobbiamo dare tutti una grande attenzione alla qualità, dove il privato sociale deve fornire delle garanzie. Voi avete l'obbligo di chiedere delle garanzie, perché poi dovete controllarlo, e le garanzie sono fatte dai titoli, sono fatte dalla serietà nel rapporto di lavoro. Allora io spero che una regione come la nostra debba chiedere al privato anche di investire, all'interno di un quadro di regole certe che ci aiutino a non giocare al ribasso, ma di andare insieme sempre di più nella direzione di una crescita di cultura imprenditoriale e di professionalità.



L'OSPEDALE ALL'INTERNO  
DELLA RETE SANITARIA DEL  
TERRITORIO

## L'OSPEDALE ALL'INTERNO DELLA RETE SANITARIA DEL TERRITORIO

### **Mssimo Fabi**

*Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*

Apprezzo il contributo che Proges ha inteso portare organizzando questa giornata di approfondimento.

Da anni il sistema sanitario di questa Regione è consapevole che il percorso del malato in particolare coloro che hanno una malattia cronica, non deve avere soluzioni di continuità. Non possiamo prevedere una presa in carico a intermittenza del malato cronico, come se visse momenti distinti della propria vita nel percorso di cura tra cure domiciliari, cure ambulatoriali, cure ospedaliere. È fondamentale, al proposito, realizzare un setting territoriale, che tenga insieme momenti di cura ospedaliera nell'acuzie della malattia con altri momenti, di carattere più riabilitativo e/o estensivo, anche ad elevato livello di qualificazione tecnica. In tale contesto articolato, l'ospedale è un nodo fondamentale ma all'interno della rete del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale che deve essere costruito attorno al paziente.

Questo vale, a maggior ragione, in una situazione di transizione demografica ed epidemiologica che vede la malattia cronica come il fenomeno crescente, e sempre più centrale, del profilo di salute dei Paesi industrializzati. La malattia cronica ormai prevale rispetto alla malattia acuta. Ma sia l'organizzazione dei servizi di cura, sia la formazione dei professionisti è stata pensata prevalentemente in termini di competenze necessarie a curare la malattia acuta. Il sapere biomedico, che è quello che tutt'oggi si apprende nelle facoltà di medicina, nei corsi di laurea delle professioni sanitarie, è ancora prevalentemente orientato verso la malattia acuta. In questa impostazione vengono trascurate almeno due competenze fondamentali:

1- la capacità di lettura ed interpretazione delle dinamiche relazionali, affettive, cognitive del malato e della famiglia;

2- il saper valutare aspetti gestionali e organizzativi della relazione di cura, capacità che ogni professionista dovrebbe invece padroneggiare per identificare il setting e/o il percorso di cura più appropriato per la persona con malattia cronica.

La nostra Regione si è mossa per tempo e sulla giusta strada. A metà degli anni '90, e poi soprattutto con il Piano sanitario regionale 1999-2001, ha messo in atto una radicale riforma e riorganizzazione della rete ospedaliera. Tale Piano ha portato da un lato ad una progressiva deospedalizzazione e dall'altro a realizzare la rete di servizi sul territorio. Ricordiamo insieme qualche esempio: la chiusura dell'ospedale di Colomo; la riconversione dell'ospedale polispecialistico di San Secondo; il potenziamento dell'Ospedale Maggiore conseguentemente al superamento degli Ospedali Riuniti di Parma con i diversi ospedali orientati e dedicati a particolari categorie di utenti – pensate ad esempio all'Ospedale geriatrico Stuard o al padiglione Vighi dedicato ai pazienti neurologici, all'Ospedale Ugolino da Neviano-. Grazie a queste scelte oggi esiste

l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, esiste l'ospedale di Fidenza, esiste l'ospedale di Borgotaro e si è realizzata, nel tempo, quella rete di strutture territoriali che oggi trovano la loro evoluzione nelle Case della Salute.

L'integrazione del percorso diagnostico e assistenziale, dunque, è essenziale per la qualità dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale ed è essenziale dal momento dell'accesso in ospedale al momento della dimissione. Ma non solo. Anche il contesto e le problematiche sociali entrano a far parte del percorso di cura di un anziano fragile, polipatologico, e l'integrazione del percorso diventa essenziale anche all'interno dell'ospedale. L'Ospedale e il suo pronto soccorso sono direttamente coinvolti da problemi di carattere sociale. Nel momento in cui la crisi economica colpisce le famiglie al punto che molte faticano ad arrivare alla fine del mese, quella rete di autoorganizzazione che fa riferimento alle assistenti familiari è entrata in crisi. E spesso è il sistema sanitario a tamponare l'emergenza assistenziale e sociale. Per l'ospedale di Parma ciò ha significato che, oggi, 120 persone sono tuttora degenti pur avendo completato il percorso di cure ospedaliero.

Certo, un ospedale è chiamato, in caso di necessità, a farsi carico anche di questi problemi. E' una decisione esplicita che abbiamo preso in questi mesi e che era già nelle corde, nella sensibilità dei professionisti, ma rendendola nota facciamo volutamente emergere un problema di tutto il sistema. Quindi l'ospedale e il territorio non possono lavorare separatamente perché il paziente, soprattutto cronico, ha bisogno di continuità di cura.

Ma quale livello di collaborazione è necessario? La Regione Emilia Romagna sta spingendo per una forte integrazione gestionale, tra le aziende sanitarie pubbliche, non solo per i servizi amministrativi e tecnici, ma anche assistenziali. Una forte sinergia ed integrazione si può consolidare e sviluppare, oltre che con l'offerta sanitaria storicamente garantita dal privato accreditato attraverso i contratti di fornitura di prestazioni di degenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, anche col privato sociale.

Occorre individuare alcune aree prioritarie. Personalmente penso all'area delle cure odontoiatriche. La nostra Regione, una delle poche a livello nazionale, ha applicato i livelli essenziali di assistenza nelle cure odontoiatriche. Tuttavia per un cittadino a medio reddito superare i limiti delle fasce di reddito definite dalla direttiva regionale per accedere alle cure odontoiatriche è molto facile e nell'attuale contingenza di crisi economica significa spesso non potersi curare. Penso inoltre alla prevenzione e presa in carico della non autosufficienza: credo che in quest'ambito bisognerà trovare forme innovative di collaborazione tra

pubblico e privato, attraverso la messa in rete di prestazioni sanitarie, assistenziali e di utilità quotidiane per promuovere la domiciliarità e prevenire l'istituzionalizzazione .

Questi sono, a mio avviso, le priorità su cui è possibile sperimentare soluzioni innovative attraverso momenti di programmazione integrata che facciano riferimento alle competenze territoriali del distretto, all'interno dei quali la cooperazione sociale possa essere partner progettuale. Una programmazione negoziata, indirizzata verso la co-progettazione, nella quale ciascuno possa svolgere al meglio il proprio ruolo faciliterebbe l'individuazione delle priorità e degli obiettivi, oltre alla pianificazione operativa del loro raggiungimento.

In un momento di ristrutturazione della rete, le scelte innovative di partenariato sono un'opportunità per tutto il sistema per trovare soluzioni efficaci e sostenibili.

# LA SFIDA DELLA CRONICITÀ



## LA SFIDA DELLA CRONICITÀ

### **Ettore Brianti**

*Direttore sanitario dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*

Ringrazio Antonio Costantino e Proges per avermi invitato a questa giornata, che mi consente di riprendere e approfondire problematiche già affrontate in precedenti incontri.

L'invecchiamento della popolazione determinato da vari fattori in modo particolare lo sviluppo di nuove ed innovative metodiche per la diagnosi precoce di malattie gravi, la prevenzione individuale e di comunità come ad esempio gli screening delle malattie tumorali, e l'innovazione farmacologia ed assistenziale ha prodotto un significativo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione con l'emergere però di nuovi bisogni assistenziali legati soprattutto alla cronicità.

La Regione Emilia Romagna già alla fine degli anni '90 e a partire dal 2000 ha sviluppato e progressivamente attuato una profonda riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera ed soprattutto territoriale con la costituzione nelle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti delle Cure Primarie al cui interno trovano collocazione diverse Unità Operative territoriali in particolare i Nuclei delle Cure Primarie e dal 2010 le Case della Salute.

Questo ha prodotto una importante riorganizzazione della medicina di base e in particolare del ruolo del medico di medicina generale e delle professioni sanitarie soprattutto infermieristiche sempre più orientate a lavorare in modo integrato all'interno di percorsi clinico assistenziali finalizzati alla gestione prevalente di patologie croniche quali: scompenso cardiaco, diabete, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ecc.

Gli strumenti utilizzati sono quelli del governo clinico ed in particolare lo sviluppo della medicina d'iniziativa, ossia prevenire e prendere in carico i bisogni sanitari ed anche sociali in modo attivo anticipando in questo modo le cause che possono determinare un peggioramento clinico e soprattutto uno stato di non autosufficienza.

La fragilità della persona determinata da molteplici cause quali l'invecchiamento, le malattie croniche degenerative, fattori sociali ed economici, comporta se non correttamente governata all'interno di un sistema integrato un decadimento progressivo della persona verso la non auto sufficienza con tutte le conseguenze che conosciamo.

In Azienda Ausl con la collaborazione di vari soggetti istituzionali quali i Comuni, Università, Azienda Ospedaliera, Volontariato, Privato Sociale abbiamo realizzato, soprattutto nei territori di montagna dove l'invecchiamento della popolazione è molto rilevante, dei modelli predittivi per mappare e conoscere le singole situazioni di fragilità ed programmare di conseguenza interventi proattivi di tipo sanitario e sociale.

In questi anni per affrontare la sfida della cronicità è stata fondamentale la programmazione ed attuazione, coordinata dalla Conferenza Sociale Sanitaria provinciale, delle reti clinico assistenziali che si sono evolute

ed organizzate per intensità di cura rispetto al bisogno della persona, ossia per l'acuzie con i nostri ospedali e per la cronicità con le Case della Salute, le Cure intermedie, Hospice, Ospedali di Comunità, Case Residenza Anziani, e soprattutto con l'obiettivo prioritario di mantenere a domicilio le persone a cui garantire l'assistenza necessaria e il supporto alla rete familiare quando presente.

Abbiamo ottenuto importanti risultati e per molti aspetti siamo diventati un punto di riferimento per altre realtà nazionali e regionali.

Un altro aspetto che caratterizza il territorio provinciale è la presenza di molte strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali che ospitano prevalentemente persone anziane, con un numero di posti letto che è superiore a quello complessivo offerto da tutta la nostra rete provinciale ospedaliera pubblica e del privato accreditato.

Le persone ricoverate in queste strutture sono di alta complessità sociale ma soprattutto sanitaria con la necessità quindi di progettare anche insieme al Privato Sociale nuovi ed innovativi modelli organizzativi di presa in carico che necessariamente devono svilupparsi attraverso percorsi per intensità di cura assistenziale.

Ci troviamo quindi di fronte alla necessità di tutelare e potenziare per il futuro una organizzazione che al di là delle fisiologiche criticità funziona complessivamente bene grazie anche ad un sistema integrato fra pubblico e privato sociale che si è sviluppato negli anni all'interno però di una programmazione Istituzionale che deve ovviamente tenere conto dei singoli ambiti e ruoli.



CURE PALLIATIVE E BUONE  
PRASSI NELL'HOSPICE LA  
"CASA DI IRIS"

## CURE PALLIATIVE E BUONE PRASSI NELL'HOSPICE LA "CASA DI IRIS"

### 1. Introduzione.

Conoscere quanto avviene nell'hospice di Piacenza "La Casa di Iris" significa, da una parte conoscere il mondo delle cure palliative, dall'altro fare esperienza di un servizio nel quale si concentrano molte buone prassi di lavoro e, come tale, può diventare paradigmatico di una concezione di servizi alla persona che la Cooperativa Pro.Ges. desidera ad esportare nei territori in cui opera.

Le buone prassi a cui ci si riferisce sono relative sia ad una declinazione nuova ed efficace del modello cure palliative sia relative all'integrazione tra pubblico e privato, alla gestione di servizi complessi e, infine, alla formazione del personale.

Procedendo con ordine, allora, si tratta in primis di definire quale declinazione di cure palliative si realizza presso "La Casa di Iris", per poi procedere all'illustrazione delle buone prassi vigenti nel servizio medesimo.

Cosa sono, anzitutto, le cure palliative? Le cure palliative sono una legge: un diritto sancito dalla legge 38 del marzo del 2010. Nel marzo 2010, con questa legge, è stata fatta una necessaria distinzione tra le cure palliative e la terapia del dolore. L'art.2 della legge spiega cosa sono le cure palliative e da qui si sono prese le mosse per la realizzazione l'unità delle cure palliative a Piacenza. Cure palliative sono, cioè, tutti quegli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia al paziente che alla sua famiglia e si rivolgono a tutti i

pazienti affetti da patologie che abbiano un decorso lungo e arrivino alla fase terminale. Si tratta, per lo più, di pazienti oncologici, ma anche di pazienti non oncologici (es. patologie neurodegenerative, etc...), e ciò costituisce una novità nell'ambito sanitario: cioè le cure palliative costituiscono una specialità che prende in carico non una patologia, ma un paziente che può essere affetto anche da diverse patologie.

Ma evolvendosi le cure palliative hanno apportato un ulteriore cambiamento nell'ambito sanitario. Queste, infatti, non si occupano più solo delle fasi terminali, né solo di alcune particolari patologie, ma delle condizioni di "vita" in cui sono i malati.

Si è quindi passati dalla medicina centrata sulla cura dei sintomi, alla medicina delle scelte condivise, che non deve limitarsi al testamento biologico, ma deve iniziare il primo giorno in cui il paziente viene preso in carico, per non essere solo eutanasia.

Il problema operativo, a questo punto, diventa capire quando cominciano le cure palliative.

Secondo E. Bruera, direttore delle cure palliative del M.D. Anderson Cancer Center di Huston, iniziano quando inizia la sofferenza del paziente.

Le cure palliative, allora, devono diventare simultaneous care o early palliative care.

Le early palliative care cioè, iniziano gradualmente e si espandono quando finiscono le cure attive: insieme alla terapia oncologica le early palliative care intervengono in tanti ambiti, dai sintomi, agli incontri con la famiglia, al supporto spirituale. Tutto ciò è reso possibile grazie ad un approccio multidisciplinare e al lavoro di équipe.

D'altra parte, anche la ricerca evidence based, sta

ormai attestando l'efficacia delle cure palliative. In un recente studio effettuato presso il Massachusetts Institute di Boston, è stato dimostrato che i pazienti che seguono terapie attive come la chemioterapia, associate alla presa in carico palliativista, hanno un'aspettativa di vita di circa 4 mesi superiore ai pazienti in trattamento esclusivo con la chemioterapia.

Questi studi sulle cure palliative confermano dunque, quanto già stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: cure meno aggressive, maggiore sopravvivenza, in altri termini "less is more".

Tutto ciò porta a chiedere di utilizzare le cure palliative nel corso dei trattamenti dei pazienti non solo oncologici. Perché ciò sia realizzabile occorre anche passare attraverso la formazione del personale sanitario.

La formazione nelle cure palliative ha il compito di educare i professionisti al lavoro di équipe ed alla presa in carico multidisciplinare; si prende in carico tutta la famiglia con tutti i suoi bisogni e non solo il paziente con i suoi sintomi. La formazione mira, inoltre, a far sì che i professionisti si pongano il problema della appropriatezza delle cure: queste devono essere proporzionate, integrate e devono evitare sia l'accanimento terapeutico sia l'accanimento diagnostico.

Nell'A.S.L. di Piacenza si è preso un campione di circa 100 pazienti e si è calcolato quanti esami radiologici hanno fatto questi pazienti nei 90 giorni prima di entrare in hospice. Si è visto che più si avvicinava l'ingresso in hospice, più gli esami aumentavano: questo si chiama accanimento

diagnostico, perché si tratta di pazienti che, se peggiorano, è probabilmente perché hanno una malattia oncologica che sta peggiorando.

Questo vuol dire che quegli esami non sono stati appropriati, poiché non hanno contribuito a cambiare l'atteggiamento terapeutico dei curanti.

### 2. Hospice esempio di buona prassi gestionale (case manager: ingresso e uscita dei pazienti).

La "Casa di Iris" è inserita in una rete di servizi sanitari nella quale sono presenti sia le diverse strutture di ricovero, quattro ospedali equi distribuiti sul territorio, sia i servizi domiciliari, grazie all'attività delle infermiere domiciliari e dei medici di medicina generale.

Il coordinamento della rete riceve tutte le richieste dei pazienti che devono essere presi in carico dalle strutture hospice. L'elemento innovativo di questo territorio sta nel fatto che ci sia un'unica lista di attesa; cioè, pur essendoci due hospice all'interno della stessa A.S.L., non esistono due liste d'attesa, ovvero non esistono due modalità diverse per la regolazione dell'inserimento dei pazienti. Chi ha necessità dell'hospice si rivolge direttamente alla rete territoriale delle cure palliative. Quindi ai due hospice arrivano pazienti già valutati dalla rete.

L'équipe delle cure palliative, cioè, accoglie la richiesta, formulata attraverso la compilazione di un'unica scheda, che può essere via fax, via mail, ma anche telefonicamente, per quanto riguarda i medici di medicina generale e ne valuta la coerenza. Quindi, indipendentemente da come arriva la documentazione, l'unità operativa effettua la prima visita dal paziente, in ospedale o al domicilio,

o comunque ovunque si trovi il paziente. L'Unità valuta il caso secondo criteri stabili dall'A.S.L. ed è questa la prima valutazione che viene effettuata. Perciò l'hospice si propone dunque come alternativa ogni volta che una situazione non è gestibile a domicilio, oppure nel caso in cui subentrino problemi terapeutici di difficile risoluzione, ma anche esigenze di altro tipo, come ad esempio quella di fornire sollievo alla famiglia.

Se si analizzano i dati degli inserimenti nell'hospice di Piacenza, partendo dal 2012, si vede che le attivazioni nel 2012 sono state 532, mentre l'anno successivo si è passati a 578, quindi con un incremento dell'8% e nel 2014 si è arrivati a 600 attivazioni. Il tasso di occupazione è, pertanto, in incremento; questo dato è particolarmente significativo, poiché rappresenta quasi il 94% di occupazione dei posti letto, con importanti ricadute sul piano gestionale.

Dei circa 239 pazienti che sono stati ricoverati nel 2014, il 10% erano pazienti residenti nei distretti di riferimento e uno solo fuori regione. I pazienti provenienti da fuori regione Emilia-Romagna vengono accettati a due condizioni: il paziente deve prendere la residenza in Regione e l'A.S.L. di provenienza deve autorizzare l'ingresso presso queste strutture.

Considerate, dunque, queste modalità di ingresso, ne deriva che l'équipe dell'Hospice, già nel giorno precedente l'ingresso del paziente, ha la documentazione che lo concerne. Grazie a questo, si predispongono sia la camera, con i vari presidi necessari, sia i farmaci e la terapia che eventualmente sta già seguendo. Il giorno del ricovero, dopo l'accoglienza nella camera, si effettua

un colloquio con il paziente e un colloquio con i familiari o il caregiver principale. Ad una settimana dall'ingresso, fondamentale è la stesura del PAI, il Piano assistenziale individuale, uno strumento di sintesi che serve all'intera équipe per descrivere gli obiettivi da raggiungere col paziente. Si tratta di una scheda, contenuta nella cartella clinica, in cui vengono esaminati i bisogni, rivalutati una volta alla settimana, per capire se l'obiettivo è stato raggiunto; può trattarsi del controllo di un sintomo, oppure un bisogno psicosociale o spirituale.

L'intera équipe è titolata ad accogliere un problema da risolvere, facendolo presente nella giornata del briefing settimanale, nella quale ogni singolo paziente viene rivalutato, analizzando sulla base degli obiettivi precedentemente definiti.

### 3. Hospice esempio di buona prassi formativa.

La coordinatrice infermieristica predispone annualmente un questionario inerente i bisogni formativi del personale, che possono andare dall'aspetto tecnico all'aspetto relazionale.

Nell'anno in corso - 2015 - ci si è soffermati, ad esempio, sugli aspetti relazionali e comunicativi con il paziente e la sua famiglia, realizzando degli incontri con la psicologa interna per acquisire maggiori competenze. L'anno scorso - 2014 - si è invece realizzato un project work formativo, relativo alla conoscenza e alla gestione delle emozioni derivanti dal lavoro in hospice. È stato chiesto al personale di tramutare un ricordo, un'emozione legata ad un paziente particolare, ad un momento, in una fotografia. Si è scelta la fotografia perché è uno strumento facile, immediato anche per chi non

ha dimestichezza con essa. Quindi gli operatori hanno scattato una o due foto che contenessero un legame o un ricordo.

Per la prima volta gli operatori si sono mostrati non raccontando la storia dei pazienti, ma raccontando la loro storia nei confronti di quelle storie, e il titolo "dove memoria comincia" significa che l'emozione, quando c'è la memoria di una storia, non viene persa. La formazione dei volontari merita una trattazione a parte: i volontari che entrano in "Casa di Iris" sono molto selezionati attraverso un colloquio psicologico, volto ad approfondire la motivazione e la dinamica soggettiva nell'elaborazione del lutto.

Questo ha l'obiettivo di proteggere il volontario, per proteggere, di conseguenza, il paziente e anche l'équipe.

In conclusione si può sostenere che nell'ambito delle cure palliative la formazione psicologica di tutto il personale sia ancora più importante che in altri ambiti. Tale formazione dovrà essere triplice, ma con delle particolari specificità da attuare in stretta collaborazione tra la dimensione biologica e quella umana delle cure palliative:

1. la formazione all'empatia. Un rapporto di profonda empatia col paziente e la famiglia consente di instaurare una comunicazione adeguata e di cogliere le espressioni della coscienza causate dalla situazione che stanno vivendo;

2. la formazione alla relazione, per contribuire, attraverso proposte e tecniche di modificazione della coscienza e in collaborazione con le altre componenti (biologiche e non) dell'équipe, al miglioramento possibile della qualità della vita del paziente e della famiglia;

3. la formazione all'"umanizzazione": umanizzare il più possibile le situazioni di cura, cioè far sì che la qualità della vita non peggiori per tutti gli attori in campo (cfr. Campione F., 2014).



TRA SANITÀ, PERSONA E  
TERRITORIO: L'ESPERIENZA  
DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ  
DI MAGLIANO (LU)

## TRA SANITÀ, PERSONA E TERRITORIO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI MAGLIANO (LU)

**di Giovanna Garsi e Lorenzo Lasagna**

*Introduzione. L'Ospedale di Comunità.*

L'esperienza dell'Ospedale di Comunità sorto nel 2005 a Magliano di Giuncugnano<sup>1</sup>, nel cuore di un ampio territorio appenninico nella provincia di Lucca, può essere pienamente compresa solo in relazione al contesto nazionale che le ha fatto da sfondo, e che potremmo riassumere nell'evoluzione politica e normativa dell'ultimo decennio in materia di Cure Primarie. La società italiana, come del resto la maggior parte delle società dei Paesi occidentali, è interessata come noto da trasformazioni profonde. Innanzitutto, il nostro è un Paese molto vecchio, che continua ad invecchiare<sup>2</sup>. Le cause le conosciamo bene: bassi tassi di natalità, aumento dell'aspettativa di vita, e avvicinamento all'età anziana dei nati durante il cosiddetto baby boom (che andò dal dopoguerra agli anni '60)<sup>3</sup>. Un altro fattore che incide sull'invecchiamento è il progresso tecnologico e scientifico in campo medico, che ha portato ad una maggiore prevenzione, alla scoperta di nuovi farmaci, e che ha reso possibili nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche in grado di contrastare con successo patologie un tempo incurabili. Nel contempo, il modello prevalente di famiglia ha perso alcune delle caratteristiche che possedeva sino a epoche relativamente recenti. Si è passati infatti

dalla famiglia di tipo patriarcale tipica della società contadina (caratterizzata dalla compresenza di molte generazioni nello stesso nucleo e dalla presenza di figure femminili prive di occupazione lavorativa riconosciuta, le quali svolgevano per intero il proprio ruolo all'interno del focolare domestico), alla famiglia mononucleare tipica delle società urbane industriali, sino all'odierna famiglia, porosa e a legami deboli o reversibili (ricostituita, monofamiliare, allargata etc.), tipica delle attuali società postindustriali<sup>4</sup>. In questi passaggi la rete familiare, che fino a qualche decennio fa si prendeva carico dell'accudimento dei propri membri anziani, ha perso buona parte della sua capacità di cura. A tale quadro si devono aggiungere le variabili di tipo economico, che senza voler entrare nel dettaglio, hanno il loro comune denominatore nella sempre più scarsa disponibilità di risorse pubbliche e private<sup>5</sup>. C'è infine un ultimo elemento di scenario che è bene richiamare, e che riguarda l'evoluzione culturale dell'intervento sanitario. Verso la metà degli anni '90, ha infatti preso vigore una nuova teoria nell'approccio alla cura del paziente, il cosiddetto intervento bio-psico-sociale<sup>6</sup>, che si ispira ad un approccio olistico nei confronti dell'individuo malato, attuando una medicina centrata sul paziente come unità inscindibile di bisogni fisiologici psichici

<sup>1</sup> La denominazione qui utilizzata correntemente andrebbe in realtà aggiornata, dal momento che in data 1° gennaio 2015, le municipalità di Giuncugnano e Sillano hanno dato luogo ad una fusione, costituendo il Comune di Sillano-Giuncugnano (LU) al quale afferisce la frazione di Magliano.

<sup>2</sup> PSN 2011-2013

<sup>3</sup> ISTAT, Rapporto Annuale 2011

<sup>4</sup> ISTAT, Rapporto Annuale 2011

<sup>5</sup> ISTAT, Rapporto Annuale 2011

<sup>6</sup> Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

e relazionali, la quale si discosta profondamente dalla concezione cosiddetta ospedalocentrica, che concepiva la patologia come una disfunzione meccanica da curare in un luogo (l'ospedale, appunto) pensato e costruito come una sorta di officina per corpi malati.

Alla luce del nuovo modello, in sintesi, si cominciò a ritenere incompleta un'assistenza rivolta solo al livello della vita sociale o solo al livello sanitario, oppure a quello psichico. Si riconobbe per converso che il malato presenta generalmente un'associazione di diversi bisogni, tra i quali l'esigenza di trattamenti e di un'assistenza onnicomprensiva, da rendersi attraverso risposte differenti, modulate in relazione alla prevalenza dei bisogni di un tipo o dell'altro, ma sempre in modo integrato.

In un contesto di tal genere era inevitabile che emergessero spinte alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria, nel senso di una rinnovata ed accresciuta attenzione al territorio, ricollocando in primo luogo al centro dell'assistenza primaria la figura del Medico di Medicina Generale. Tali spinte possono essere riassunte in tre punti: 1) l'ospedale deve diventare il luogo per l'erogazione delle cure sanitarie solo quando il paziente si trova nella fase acuta, 2) occorre prevedere strutture di degenza in ospedale e/o nel territorio che funzionino come presidi per dare risposte nella fase post-acuta, 3) i servizi residenziali, domiciliari, ambulatoriali nel territorio vanno potenziati per dare risposte ai bisogni sanitari e socio sanitari nell'ultima fase della post-acuzie e ai bisogni di cura nelle patologie croniche (che rappresentano ormai il 90% delle cause di morte<sup>7</sup>). Nel corso degli ultimi 15 anni si sono perciò sviluppate esperienze nuove, nate dal basso per

iniziativa di gruppi di cittadini, di amministratori o di medici. Ai cittadini premeva innalzare il livello di "sicurezza percepita", cioè la possibilità di accedere ad un presidio localizzato, prossimo ai luoghi di vita, che rendesse meno complicato, faticoso e spersonalizzante il ricovero. Agli specialisti del settore importava avviare una razionalizzazione della risposta sanitaria e una sua rimodulazione in chiave territoriale. I politici puntavano ad una maggiore appropriatezza dei ricoveri e alla riduzione delle spese per degenze non necessarie. Tra le risposte che vennero incoraggiate in questo senso, un ruolo particolare toccò dunque agli Ospedali di comunità.

Volendo fornire una definizione di Ospedale di Comunità - le definizioni disponibili sono molteplici - può essere utile rifarsi alle linee guida emanate dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale nel 2003<sup>8</sup>: vi si legge che appartengono a tale tipologia le "strutture sanitarie territoriali residenziali inserite nella rete dei servizi e delle cure primarie in grado di rispondere anche ad alcune esigenze sociali, che prevedono la gestione diretta di posti letto da parte dei medici di medicina generale di quel bacino di utenza destinato a persone residenti, quindi loro assistiti, prevalentemente anziani e non autosufficienti, che non necessitano della complessità di secondo livello e quindi ospedaliera di alta valenza, ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio".

Da queste poche righe emerge una prima

<sup>7</sup> GUZZANTI, E. L'Assistenza primaria in Italia, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009

<sup>8</sup> Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

importante considerazione. Si tratta di un aspetto che risultava altamente problematico nel vecchio paradigma di gestione dei servizi sanitari, e che nel nuovo modello assume invece una valenza strategica: è il tema delle 'esigenze sociali'. Nelle strutture ospedaliere classiche, modificare un percorso di cura sulla base di problematiche ed esigenze di tipo sociale (ad esempio prolungando la degenza o incrociando il bisogno sociale con gli aspetti più propriamente diagnostici) tecnicamente comporta un elevato rischio di inappropriatezza. E chi valuta la decisione clinica dal punto di vista dell'utilizzo di risorse pubbliche, è tenuto a sanzionare ogni decisione che sia stata presa con questo criterio, cioè al di fuori dell'ambito clinico inteso nel suo senso più restrittivo. Non è così oggi nel modello corrente di erogazione dei servizi sanitari: l'Ospedale di Comunità recepisce anzi questo aspetto nella propria mission, e diventa perciò anche un servizio a forte valenza di protezione sociale. Agisce in sostanza come cerniera.

Non a caso in letteratura l'Ospedale di Comunità viene sovente indicato come "un ponte tra l'ospedale ad alta valenza ed il territorio"<sup>9</sup>, e, in questo senso, esso risponde ad esigenze sociali e sanitarie insieme.

Anche uno sguardo alla storia degli Ospedali di Comunità fornisce elementi utili alla comprensione del loro funzionamento. Il termine stesso deriva dalla traduzione letterale della locuzione anglofona country hospital, che veniva utilizzata in Inghilterra per identificare gli ospedali a conduzione dei medici di medicina generale inglesi che si svilupparono a partire dagli anni '20 del secolo scorso<sup>10</sup>.

Una ricerca su tutti i country hospital nel Regno Unito condotta nel 2000, ne identificò 471 che rappresentavano il 3% dei posti letto totali inglesi (18.579), disponendo in media di 33 letti ognuno, e distanti 20 chilometri circa dal più vicino ospedale per acuti<sup>11</sup>. Sin dal loro sorgere, i country hospital si caratterizzarono per il forte coinvolgimento della comunità e per la notevole interazione con i servizi sociali. Subirono un drastico ridimensionamento intorno agli anni '80-'90, proprio in seguito alle politiche di taglio della spesa sanitaria nazionale e di riduzione del numero dei posti letto. Solo successivamente, all'inizio degli anni 2000, tornarono ad essere un modello di attualità per i motivi sopra esposti.

### **L'Italia: il caso di Modigliana (FC)**

Per quanto riguarda la realtà italiana, tra i primi esempi di Ospedale di Comunità, va certamente citato quello istituito nel 1996 a Modigliana, in provincia di Forlì-Cesena, contestualmente alla prima esperienza nazionale territoriale di associazionismo medico<sup>12</sup>. Il servizio nacque all'epoca per ridurre le crescenti tensioni sociali che si erano prodotte nelle comunità locali, preoccupate per la chiusura o la riconversione dei posti nei piccoli presidi ospedalieri. L'ospedale di Modigliana era stato un tempo l'ospedale "Poveri di Cristo": un piccolo presidio che, a seguito della Finanziaria del 1992

(legge che impose la chiusura o la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri al di sotto dei 120 posti letto) era stato destinato ad altro uso. Fu a questo punto che l'amministrazione comunale, recependo le inquietudini della cittadinanza, decise di assumere un'iniziativa politica gravida di conseguenze. Per prima cosa, ottenne la revoca della chiusura e del conseguente blocco del servizio. In seconda battuta promosse l'unione dei nove comuni limitrofi, creando i presupposti per un bacino di utenza più ampio. Il passaggio cruciale fu probabilmente il coinvolgimento dei medici di medicina generale, che associandosi si proposero nei fatti come responsabili sanitari naturali del nuovo servizio che andava strutturandosi. Val la pena di ricordare che in quel periodo, la Regione Emilia Romagna si apprestava a chiudere 55 presidi ospedalieri su 90, molti dei quali esistevano grazie a lasciti, atti di solidarietà sociale o donazioni risalenti ad epoche precedenti<sup>13</sup>. Il country hospital di Modigliana esordì come detto nel 1996, in forma di progetto sperimentale di assistenza sanitaria residenziale autorizzato dall'ASL<sup>14</sup>, e comprendente l'attivazione di 8 posti letto che avrebbero sostituito gli 8 posti di day hospital creati in seguito alla chiusura dell'ospedale.

Questo cambiamento d'uso veniva giustificato per dare una risposta più appropriata e meglio modulata sulle esigenze della popolazione. Nella sperimentazione si faceva riferimento a "letti protetti", cioè destinati a pazienti dimessi da strutture per acuti le cui condizioni fisiche richiedessero una stabilizzazione o l'attivazione di un processo riabilitativo, o più semplicemente di pazienti ai quali occorresse un ambiente protetto

per attuare o proseguire terapie a domicilio. La responsabilità clinica dei pazienti venne affidata ai medici di medicina generale e, nell'orario in cui questi non erano presenti, alle guardie mediche (secondo il principio della continuità assistenziale). Contestualmente venne attivata in locali adiacenti una RSA da 20 posti, gestita dagli stessi medici di medicina generale. La fase sperimentale si concluse nel 1998, e nel 2002, a fronte di una sempre maggior richiesta di posti letto di Ospedale di Comunità, l'azienda sanitaria decise di contenere il bacino di utenza e rimodulare i posti letto: il numero totale di posti (RSA e Ospedale di Comunità) venne ridotto a 20, destinandolo però in via esclusiva ai residenti. I posti letto furono suddivisi nella seguente misura: 12 posti di Ospedale di Comunità e 8 di RSA. Gli 8 posti di RSA, poco dopo, furono eliminati e i posti di Ospedale di Comunità furono portati a 18. L'allora direttore dell'azienda sanitaria pronunciò una frase che oggi appare profetica: "La sanità italiana sta vivendo anni di grande cambiamento con il passaggio da un sistema orientato quasi solo alla cura, e quindi ospedalocentrico, ad un sistema di approccio globale al problema della salute, (...) che ha riposto al centro del sistema il cittadino, con il contenimento delle risorse a fronte di un aumento di domande di bisogno che ha imposto una riscrittura delle priorità. Per vincere queste sfide è stata messa in campo anche una buona

<sup>9</sup> Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

<sup>10</sup> Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

<sup>11</sup> GUZZANTI, E. *L'Assistenza primaria in Italia*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009

<sup>12</sup> Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

<sup>13</sup> AULIZIO, G. *Dal Country Hospital all'Ospedale di Distretto – una realtà assistenziale in continua espansione*, Novartis-CIBA (VA), 2000

<sup>14</sup> AULIZIO, G. *Dal Country Hospital all'Ospedale di Distretto – una realtà assistenziale in continua espansione*, Novartis-CIBA (VA), 2000

dose di fantasia che ha permesso di sperimentare nuovi modelli organizzativi, come il country hospital, molto positivi in quanto permettono di avere una maggiore modularità di approccio al paziente, di ridare un ruolo agli ex ospedali riconvertiti, di reinserire nel sistema i medici di medicina generale, sia valorizzandone l'aspetto professionale sia rafforzandone lo spirito di gruppo, di recuperare la fiducia dei cittadini verso le istituzioni. Il successo dell'iniziativa deve servire come stimolo per l'ulteriore miglioramento e diffusione del modello"<sup>15</sup>. Fu esattamente ciò che accadde, e in breve tempo l'esempio di Modigliana divenne una sorta di modello per numerosi altri servizi.

Da allora, in un ambito come quello sanitario nel quale i cambiamenti entrano spesso a regime dopo decenni, molte regioni sono intervenute con provvedimenti legislativi ad hoc per favorire la nascita di strutture appartenenti alla nuova tipologia, intervenendo con proprie risorse economiche, professionali e strutturali. Ad oggi, non esiste una normativa nazionale che stabilisca i requisiti strutturali e organizzativi degli Ospedali di Comunità. Tuttavia nel "Patto per la salute 2014/2016" siglato tra Stato, Regioni e Province Autonome<sup>16</sup> si fa espressamente cenno agli ospedali di comunità come strumento funzionale alla riduzione di ricoveri inappropriati, e alla creazione di percorsi di deospedalizzazione idonei ad assicurare un'omogenea risposta assistenziale su tutto il territorio nazionale. Il documento definisce contestualmente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per tali presidi. Vi si ribadisce inoltre che l'assistenza medica dev'essere assicurata dai medici di medicina generale, e che

dei ricoveri possono beneficiare pazienti che non versino in fasi acute di malattia, che necessino di interventi sanitari non erogabili a domicilio o di assistenza sanitaria infermieristica continuativa non erogabile a domicilio.

La Regione Toscana, dal canto suo, ha emanato in materia una delibera di Giunta regionale già nell'anno 2005<sup>17</sup>, indicando l'obiettivo di attivare servizi per le cure intermedie presso le RSA e le case di cura già esistenti. Conformemente a queste indicazioni, l'Ospedale di Comunità di Magliano viene creato all'interno di una RSA.

#### **L'Ospedale di Comunità: caratteristiche.**

In un quadro normativo ancora molto fluido, le caratteristiche salienti dell'Ospedale di Comunità possono essere schematizzate come segue.

La prima è relativa alla tipologia di assistenza: l'Ospedale di Comunità è considerato un anello di congiunzione o un ponte tra il territorio e l'ospedale tradizionalmente inteso. Si tratta perciò di una struttura sanitaria territoriale e residenziale inserita a tutti gli effetti nella rete delle cure primarie. Vi si prevedono in ogni caso un'assistenza infermieristica erogata 24 ore al giorno, e un'operatività sanitaria e funzionale situata a livello di distretto sanitario. La presa in carico e di norma anche l'assistenza medica

vengono garantite dai Medici di Medicina Generale, che mantengono perciò la responsabilità clinica del ricovero. Il ruolo di Responsabile organizzativo è di norma rivestito dal Medico responsabile di distretto. Le sedi individuate in via prioritaria per l'erogazione di questa tipologia di servizio sono: presidi polifunzionali prossimi a servizi sanitari e socioassistenziali esistenti, ex ospedali riconvertiti o in uso, locali di strutture residenziali come RSA o case protette (l'Ospedale di Magliano rientra in quest'ultima tipologia). Il numero di posti letto di cui mediamente queste strutture dispongono è pari a 8-10 e la durata media delle degenze è di 30 giorni. Un altro dato che balza all'occhio è in genere l'altissima percentuale di riempimento.

Gli obiettivi degli ospedali di comunità sono: 1) accrescere nella popolazione il livello di "sicurezza percepita"; 2) ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati; 3) migliorare la risposta sanitaria in caso di dimissioni precoci; 4) ridurre il disagio che deriva dalla spersonalizzazione del ricovero ospedaliero; 5) contenere i rischi sanitari connessi all'ospedalizzazione. Quest'ultimo aspetto è spesso largamente sottovalutato. Al termine di un ricovero ospedaliero possono insorgere infezioni, sindromi acinetiche, piaghe e numerose altre complicazioni. Un obiettivo a parte è la razionalizzazione delle risorse: finanziarie (mediante la riduzione dei ricoveri ospedalieri), umane e tecnologiche (evitando il ricorso improprio a personale e apparecchiature ospedaliere) e infine occupazionali (nel senso della rimodulazione dell'offerta di lavoro verso zone disagiate o comunque decentrate).

Per come emergono, le differenze tra l'Ospedale di Comunità e il vecchio modello di ospedale

riguardano dinamiche o fattori di carattere sociale, in misura almeno pari alle questioni di ambito clinico o sanitario. La "sicurezza percepita", la riduzione del ricovero improprio, la prossimità ai luoghi di vita come valore aggiunto sono riferibili a variabili socioculturali che non riguardano direttamente il livello della risposta clinica. Il discorso delle dimissioni precoci, ad esempio, attiene a dinamiche di tipo familiare, di reti, di relazioni, di possibile fragilità prima ancora che di riacutizzazione di patologie. I rischi dell'ospedalizzazione sono eventi collaterali della risposta sanitaria. Sebbene si parli pur sempre di un servizio sanitario di tipo ospedaliero, ciò che distingue l'Ospedale di Comunità sono in ultima analisi fattori di carattere sociale, di qualità della vita in senso generale e di organizzazione della comunità.

Allo stesso modo il modello di cui si parla esprime naturalmente alcune intrinseche debolezze, riconducibili ad esempio alle difficoltà di integrazione e coordinamento tra gli operatori e i servizi in presenza di una nuova risposta assistenziale nella rete. Nasce di qui l'esigenza di mettere a punto strumenti innovativi per il governo clinico e la scelta del rapporto assistenziale. Un altro rischio da tener presente è la possibilità di un uso inappropriato delle risorse offerte dalla residenzialità, che potrebbero trasformare l'Ospedale di Comunità in generatore di spesa. Per questo si rende necessaria un'attenta valutazione multidimensionale degli ingressi e grande trasparenza intorno ai criteri di eleggibilità, tanto più necessari vista la disomogeneità nella definizione degli scopi perseguiti e la mancanza di una normativa nazionale di riferimento. Infine, va considerato il fatto che non sempre la figura

<sup>15</sup> GUZZANTI, E. *L'Assistenza primaria in Italia, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009*

<sup>16</sup> *Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome sul Patto per la salute, 2014-2016*

<sup>17</sup> *Delibera Giunta Regionale Toscana n° 1002 del 2005 "Cure Intermedie" Indirizzi per la sperimentazione di "Servizi per le Cure Intermedie" presso RSA e Case di Cura convenzionate*

del Medico di Medicina Generale ha interesse ad assumere impegni nel senso della residenzialità sanitaria, campo che storicamente non costituisce parte integrante del suo rapporto contrattuale con il servizio sanitario nazionale.

### **L'Ospedale di Comunità di Magliano.**

L'Ospedale di Comunità di Magliano rappresenta un buon esempio delle caratteristiche che sono state approfondite. Anzitutto, dimostra in modo chiaro e incontrovertibile l'importanza dell'Ospedale di Comunità rispetto al proprio territorio. Il Comune di Sillano-Giuncugnano sorge in un territorio montano, in una zona fortemente decentrata geograficamente e debole sul piano delle infrastrutture. Il bacino di utenza del servizio si estende inoltre su di un territorio molto ampio, che comprende tutti i Comuni della Garfagnana, della Valle del Serchio e in parte quelli della Piana di Lucca, per un totale di circa 60 mila abitanti. All'ospedale afferiscono dunque numerose persone. La popolazione, vivendo in zone altamente svantaggiate, ha tratto evidente beneficio dalla vicinanza della nuova struttura: perché essa è più vicina al proprio domicilio, cioè più facilmente raggiungibile, ma anche più prossima da un punto di vista psicologico e situata in un rapporto di continuità con le proprie abitudini di vita. Si parla spesso delle difficoltà che sorgono, per una persona anziana o ammalata, quando si dispone un ricovero in una struttura sconosciuta e in un luogo ai suoi occhi privo di senso: il rischio è quello della spersonalizzazione e della lontananza dalle proprie abitudini, dalla propria storia, dai propri spazi simbolici e dai propri cari. Per questo nell'Ospedale di Magliano si mantengono rapporti

di grande prossimità col territorio; per questo la dimensione della struttura è molto ridotta, gli spazi sono raccolti e il clima è familiare.

La scelta di creare l'Ospedale all'interno di una RSA offre inoltre la possibilità di confrontarsi con una larga molteplicità di situazioni, un flusso di persone e uno spaccato di vita comunitaria, che agli occhi degli ospiti di lunga durata (gli anziani della Rsa) compensa i vissuti negativi di cronicizzazione e ricovero senza possibilità di ritorno, e ai pazienti accolti per brevi periodi permette di costruire relazioni umane positive.

I tempi di degenza presso l'Ospedale di Comunità sono molto brevi, di solito tra i 15 e i 20 giorni. L'accesso non avviene su richiesta diretta dell'interessato. L'utente deve avere la piena consapevolezza del fatto che la struttura non è un Pronto Soccorso, né un punto di accesso al quale le persone possono chiedere risposte individualmente e in autonomia. All'Ospedale di Comunità si accede principalmente per tre vie: in seguito a dimissioni da ospedale per acuti (indipendentemente dal fatto che la struttura appartenga alla medesima Asl); dal territorio di provenienza, dal domicilio. In tutti e tre i casi, gli accessi vengono disposti in seguito ad una decisione sanitaria che compete al Medico di Medicina Generale. Il medico che intenda disporre un ricovero si rivolge all'organo competente individuato dalla Regione Toscana: il PUA-COAD, che si occupa di raccogliere tutte le informazioni e tutte le richieste provenienti dal territorio. PUA è l'acronimo di Punto Unico di Accesso, mentre COAD sta per Centrale Operativa Assistenziale Distrettuale. In pratica, una sorta di ufficio al

quale pervengono tutte le richieste del territorio e degli ospedali in merito alla copertura di bisogni assistenziali. Le istanze giungono dunque sia direttamente dagli ospedali, attraverso apposita modulistica - una vera e propria domanda di ricovero presso l'Ospedale di Comunità-, sia attraverso i medici di medicina generale che, interfacciandosi con il PUA-COAD, richiedono l'accesso per il proprio assistito. All'interno del PUA-COAD è insediato un Gruppo Progetto (in sostanza una unità di valutazione multidimensionale), che ha la responsabilità di decidere chi possiede i requisiti per l'ingresso in ospedale. Il Gruppo è costituito dal Medico responsabile di Distretto (che ha funzione di coordinatore), dal Medico responsabile dei servizi domiciliari, dall'infermiere, dall'assistente sociale e dalla responsabile infermieristica del distretto, nonché dalle responsabili infermieristiche di tutte le RSA della zona. Il gruppo progetto analizza ogni aspetto relativo al bisogno assistenziale, valuta un'eventuale presa in carico, e una volta che la valutazione ha dato un esito positivo, elabora e redige un PAI (il piano assistenziale individualizzato con relativa scheda terapeutica), che poi verrà trasmessa all'Ospedale di Comunità. La trasmissione viene effettuata dalle infermiere del Gruppo Progetto, che alcuni giorni prima del ricovero si occuperanno di stabilire un contatto con l'Ospedale di Comunità e di fornire la documentazione clinica sanitaria necessaria al ricovero, ovvero una scheda di aggiornamento con informazioni sanitarie e cliniche di specifico interesse per il trattamento del paziente. Della documentazione clinica fa parte la cartella di segnalazione di continuità assistenziale (una sorta di diario che riporta la storia clinica del paziente,

l'anamnesi e tutto quello che riguarda la terapia in corso), il modulo PAI compilato in accordo con il Medico di Medicina Generale, e naturalmente la lettera di dimissione dall'ospedale per acuti, nel caso il paziente provenga da una struttura sanitaria. La stessa procedura viene seguita per i pazienti che provengono dal territorio. Per quanto riguarda le terapie farmacologiche, il Medico responsabile del PUA-COAD dovrà interfacciarsi con l'Ospedale di Comunità onde accertarsi che la struttura disponga del necessario per la presa in carico. Se la struttura, nell'immediato, non dispone o dispone solo in parte del trattamento necessario, sarà il reparto ospedaliero di provenienza ad assicurare la continuità della presa in carico, ad esempio predisponendo una determinata terapia farmacologica per il periodo che occorre all'approvvigionamento del farmaco mancante da parte della struttura che accoglie.

Se ci si sofferma sulle modalità di effettuazione dei ricoveri per i pazienti provenienti da ospedale, si potrà notare che, a fronte di una tipologia di servizio innovativa per modalità di invio, target di utenza, flessibilità e responsabilità clinica, le modalità di governo dell'accesso risultano identiche all'ordinaria amministrazione e all'operatività che contraddistinguono le strutture tradizionali. Gli adempimenti adottati in occasione delle dimissioni ospedaliere evidenziano modalità di governo semplici e snelle ma anche del tutto consuete (cambiano solo gli interlocutori coinvolti). Gli strumenti utilizzati e il passaggio delle informazioni sono i medesimi rispetto a quelli che si utilizzano per gli ingressi nelle tradizionali strutture protette. Se ne conclude che l'erogazione di un servizio innovativo

può evidentemente funzionare senza stravolgere le consuetudini organizzative e gestionali (in questo caso le modalità di governo degli accessi).

L'interazione tra Ospedale di Comunità e Gruppo Progetto non ha tuttavia termine con la fase di inserimento in struttura. Qualsiasi modifica della terapia o del piano assistenziale viene preventivamente concordata con il Gruppo Progetto, e solo successivamente verrà comunicata al personale infermieristico della struttura. Tale funzionamento della presa in carico secondo rigorose modalità di rete stabilisce un'altra netta linea di demarcazione rispetto ai ricoveri disposti in ospedali per acuti. Diventa molto interessante, in fase di progettazione organizzativa delle attività, capire da un lato come mantenere aperti i legami con la rete, quali figure d'interfaccia creare, dall'altro come trasferire la flessibilità organizzativa sull'equipe interdisciplinare. Anche in questo caso, ad essere centrale è la figura del Medico di Medicina Generale, cioè del professionista che mantiene in capo a sé la responsabilità clinica dell'assistito. Nel modello che viene adottato a Magliano, il Medico di Medicina Generale è di fatto l'unico responsabile del piano assistenziale e del monitoraggio di tutto l'andamento clinico del paziente. È la persona che al momento dell'ingresso, alla presenza dei responsabili di struttura, apre la cartella clinica e fornisce tutte le informazioni di tipo sanitario e non (anamnesi, stile di vita, quadro clinico, etc.). Suo interlocutore privilegiato è il personale infermieristico della struttura, che assume perciò negli Ospedali di comunità un fondamentale ruolo di collegamento tra territorio e struttura. Dal canto suo, il medico deve garantire massima trasparenza, collaborazione ed

efficacia nel passaggio delle comunicazioni, curando anche il continuo aggiornamento delle pratiche. Ai Medici di Medicina Generale è richiesta anche una collaborazione responsabile e non-burocratica, che rispetti i tempi organizzativi dell'ospedale; tale ulteriore richiesta di collaborazione è motivata dalla presenza, in Ospedale di Comunità, di pazienti seguiti da diversi medici di medicina generale e dalla conseguente complessità, per il personale del servizio, di avere diversi interlocutori medici con i quali interfacciarsi. Fondamentale è perciò la razionalizzazione temporale degli accessi, svolta evitando ad esempio di congestionare le fasce orarie di massimo carico di lavoro o dedicate all'espletamento di funzioni organizzative non compatibili con l'accoglienza del paziente. La capacità di stabilire procedure intelligenti e flessibili per il raccordo tra territorio e struttura, è un'altra caratteristica che implica sburocratizzazione e maggiore centratura sui bisogni del paziente. Allo stesso modo, le dimissioni vengono concordate con il PUA-COAD in una logica di presa in carico di sistema: al momento di concludere il ricovero, la responsabile del PUA-COAD, in collaborazione con la coordinatrice infermieristica di struttura, redige una relazione finale in formato cartaceo ed elettronico, che diventa parte integrante della cartella clinica del paziente ovvero della sua storia socio-sanitaria.

Al di là quindi della risposta sanitaria, il governo degli invii segue criteri di trasparenza, appropriatezza e completezza nel passaggio delle informazioni e ciò risulta determinante in una prospettiva di rete territoriale di servizi. La continuità che ne consegue, della quale i Medici di medicina

generale rappresentano i garanti, è la declinazione più coerente del paradigma bio-psico-sociale secondo il quale i pazienti non sono meccanismi rotti che devono essere aggiustati e che, in attesa della riparazione, possono essere abbandonati per periodi più o meno lunghi di tempo; al contrario, essi sono sistemi complessi ai quali accostarsi attraverso variabili complesse e personalizzate. La linea da seguire in difesa di questo paradigma, è dunque l'individuazione di un referente unico (il Medico di Medicina Generale) che si faccia carico della gestione clinica del percorso. Ciò naturalmente richiede la costruzione di un equilibrio organizzativo che dia stabilità, prevedibilità ed efficacia alla presa in carico. L'Ospedale di Comunità è allora il modello (in costante evoluzione) che tenta di realizzare questo difficile equilibrio tra flessibilità e personalizzazione da un lato, risposta sanitaria appropriata e funzionale dall'altro. In un territorio montano come quello di Magliano (dove i collegamenti sono faticosi, le distanze rilevanti) le identità hanno ancora un forte collegamento a specifici luoghi e non sono sostanzialmente intercambiabili come accade per i quartieri di una grande città: qui le persone chiedono di permanere più a lungo possibile nel proprio contesto ristretto di relazioni, che purtroppo è anche da decenni un contesto privo di sufficiente massa critica, sotto il profilo della densità di popolazione. Il collegamento diretto con il proprio medico e la possibilità di essere seguiti da una persona vicina, conosciuta, è perciò probabilmente il fattore che ha incoraggiato (e premiato) la trasformazione in atto. Si tratta di un principio che vale ovunque, anche nelle aree metropolitane, ma che riveste un valore tanto più decisivo in un distretto di alta montagna. A Magliano

le distanze fisiche restano notevoli: alcune frazioni distano dal capoluogo 25 chilometri fatti di strada tortuosa e disagiata e gli inverni rigidi creano non pochi disagi. Tali difficoltà enfatizzano i punti di forza del modello, in particolare la personalizzazione e la flessibilità del servizio offerto.

### **L'organizzazione.**

A differenza di quanto accade nell'ospedale tradizionale, a Magliano è consentito ai familiari di accedere in qualunque momento della giornata. La filosofia che ha ispirato l'organizzazione del servizio è sempre stata quella dell'approccio "familiare: gli orari di visita sono in sostanza liberi e rispettosi delle esigenze di pazienti e congiunti. La scelta, del resto, era in qualche modo suggerita dalle regole già vigenti presso l'RSA. Ancora una volta si è scelto dunque di adattare l'organizzazione del ricovero ospedaliero a quella tipica di servizi sociosanitari.

All'interno dell'Ospedale di Comunità di Magliano opera un'équipe multiprofessionale composta da un coordinatore infermieristico (che esercita il suo ruolo sia a favore degli ospiti di RSA sia a favore dei pazienti di Ospedale di Comunità), da cinque infermieri professionali, da dieci operatori sociosanitari qualificati e da sei unità di personale ausiliario, oltre naturalmente al Coordinatore tecnico che svolge funzioni di responsabile organizzativo e amministrativo di struttura. Ad essi si aggiungono due animatori e due fisioterapisti.

Se l'interfaccia esterna di maggior rilievo è rappresentata dal Medico di Medicina Generale, lo snodo organizzativo delle attività sanitarie svolte

all'interno della struttura è costituito dal Coordinatore infermieristico, che ha la responsabilità totale di gestione del ricovero. Esso cura gli ingressi, si occupa della corretta compilazione e messa a punto del Piano Assistenziale Individualizzato, coordina la trasmissione dei dati sanitari sia in ingresso sia in uscita, si rapporta con gli interlocutori esterni (sanitari e non), si occupa dell'approvvigionamento dei farmaci e di tutto il materiale sanitario, verifica che i piani di lavoro di infermieri e operatori sociosanitari vengano seguiti e svolti in modo corretto da un punto di vista tecnico e organizzativo e garantisce che le procedure aziendali vengano recepite e condivise all'interno della struttura. La sua presenza in struttura è garantita dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-15.

Gli infermieri svolgono le azioni previste dal piano di lavoro infermieristico. A loro spetta anche il compito di informare quotidianamente il PUA-COAD circa le presenze presso la struttura allo scopo di garantire il sincronismo tra dimissioni e ricoveri, e il monitoraggio continuo dei posti liberi. In caso di necessità, gli infermieri possono interfacciarsi direttamente con il PUA-COAD per gli ingressi. L'assistenza infermieristica è garantita sulle 24 ore.

I due fisioterapisti lavorano nell'arco dell'intera settimana, in compresenza o singolarmente, a seconda dei bisogni assistenziali. Essi collaborano alla stesura ed elaborazione del PRI (il Piano Riabilitativo Individuale) nel caso raccordandosi con i medici di medicina generale.

I due animatori non sono formalmente incaricati di alcuna specifica progettualità rivolta ai pazienti dell'Ospedale di Comunità, ma, in forza delle sinergie menzionate in precedenza, a questi

ultimi non è preclusa la partecipazione alle attività proposte.

La presenza dei familiari in struttura ha un impatto molto positivo: contribuisce innanzitutto ad affievolire il senso di spersonalizzazione e istituzionalizzazione che in struttura si avverte, soprattutto nel periodo di ingresso; gli ospiti sono agevolati nella conoscenza del personale e, con il supporto di figure familiari, diminuisce la diffidenza verso gli operatori già al momento della presa in carico.

Gli otto posti letto dell'Ospedale di Comunità hanno fatto registrare da subito tassi di riempimento molto alti (la percentuale del tasso di riempimento è sempre stata in media del 97%).

Il numero delle domande di ricovero è stabilmente superiore al numero dei posti disponibili, al punto che la struttura ha una vera e propria lista d'attesa, gestita, come si è detto in precedenza, dal PUA-COAD, in base alla gravità della patologia e del quadro sociosanitario dei pazienti.

I tempi di attesa sono in media di qualche giorno, in ragione della breve durata dei ricoveri e del conseguente alto tasso di turnover. Nel caso di patologie croniche a rischio di riacutizzazione può essere valutata anche l'alternativa del ricovero in RSA, così come l'attivazione di servizi domiciliari temporanei. La capacità di risposta del servizio è nel complesso rapida e flessibile. Allo stesso modo, le dimissioni non rappresentano una semplice cessazione della presa in carico, ma vengono gestite come percorso che deve garantire la continuità della cura mediante l'attivazione di altri servizi e di altre risposte coordinate e possibilmente individualizzate.

Fulcro dell'attività in Ospedale di Comunità è rappresentato dall'attività infermieristica. Il Medico di Medicina Generale viene coinvolto solo a fronte di un aggravarsi della situazione clinica o di mutamenti significativi del quadro. Nelle fasce orarie notturne e festive l'emergenza medica è garantita dal 118.

La gestione clinica del paziente segue un iter che prevede le fasi di programmazione, ingresso, accoglienza-presenza in carico e dimissione.

La programmazione del ricovero avviene, sulla base del principio di continuità assistenziale, mediante la compilazione della scheda individuale da parte del PUA-COAD, nella quale vengono riportati gli estremi anagrafici del paziente, le informazioni sociali e ambientali relative al contesto familiare, le informazioni salienti circa eventuali situazioni di solitudine e o fragilità, la presenza di congiunti o parenti di riferimento. Segue una parte sanitaria, compilata dal Medico di Medicina Generale. Va precisato che in alcuni casi il medico non segue direttamente il proprio paziente durante il ricovero (spesso accedono in Ospedale di Comunità pazienti provenienti da frazioni o comuni del distretto assai distanti fisicamente dalla struttura: si stabilisce in questi casi una collaborazione diretta tra medici di territori limitrofi, che tuttavia richiede uno stretto coordinamento tra professionisti; generalmente tale collaborazione risulta efficace e funzionale). A seguire, la scheda riporta la diagnosi e la terapia. Nel documento è presente una sezione riguardante i bisogni assistenziali (essenziali per una presa in carico del paziente in coerenza ai principi sopra esposti).

Da ultimo, la scheda indica la data presunta della presa in carico e l'Ospedale di Comunità a cui

il paziente è assegnato. La trasmissione della scheda viene completata dall'invio di una nota, in gergo chiamata news. La news conferma che il paziente è stabile a livello clinico e che dunque la patologia non è più nella sua fase acuta.

Una volta ricevute le schede, il Coordinatore infermieristico organizza il ricovero del paziente: predispone il servizio affinché ogni bisogno (sanitario, assistenziale, organizzativo e logistico) possa essere soddisfatto in modo ottimale e la presa in carico risulti efficace e personalizzata. Nel caso si verificasse un ritardo nell'approvvigionamento di farmaci o ausili, l'Azienda sanitaria garantisce la fornitura dei beni necessari per almeno tre giorni a far data dal ricovero. Lo stesso vale per i presidi sanitari e per alcuni dispositivi (ad esempio materassini anti decubito o ventilatori). Sono previsti incontri tra personale di struttura e coordinatore infermieristico Asl, per casi che richiedano una condivisione più approfondita delle informazioni.

La documentazione ricevuta viene infine riportata nell'agenda giornaliera e settimanale tenuta dal personale infermieristico. Al momento dell'accettazione, le figure designate all'accoglienza sono infatti gli infermieri, supportati dal personale assistenziale per gli aspetti di loro competenza.

Il paziente viene a questo punto condotto nella camera di degenza e, se le condizioni lo permettono, gli si illustrano tutte le caratteristiche del servizio e lo si istruisce sull'utilizzo delle apparecchiature messe a sua disposizione (letto elettrico, campanello di chiamata).

L'infermiera redige la cartella clinica secondo il modello Gordon e somministra al paziente le

necessarie scale di valutazione: la scala Braden per la misurazione del rischio di lesioni da decubito, la scala ReTos per la valutazione del rischio cadute, la scala VAS o la scala Painaid (a seconda che la scala venga somministrata ad paziente collaborante o non collaborante).

Successivamente, OSS e infermiere elaborano il piano di assistenza individuale; il fisioterapista, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, predisponde il piano riabilitativo individuale e l'animatore valuta la possibilità di coinvolgere il paziente nello svolgimento dei programmi di socializzazione.

Le patologie o i gruppi di patologie trattati afferiscono a codici diagnostici molto diversi tra loro. Inizialmente, all'avvio del servizio, la tipologia di pazienti accolti in ospedale era analoga a quella che fruiva del servizio di RSA; vi erano pazienti con patologie piuttosto lievi oppure pazienti per i quali era richiesto un ricovero per situazioni di fragilità sociale (l'anziano che non poteva tornare al proprio domicilio per la presenza di barriere architettoniche o l'anziano solo): ad essi veniva offerta la possibilità di un ricovero intermedio in ambiente protetto, prima del rientro al domicilio. Col passare del



tempo, le patologie trattate sono divenute più specifiche e complesse. Non sono rari i casi di pazienti ricoverati in stato di coma, quelli affetti da SLA, pazienti assistiti con ventilazione meccanica e pazienti affetti da patologie psichiatriche.

In questa tipologia di servizi sanitari la figura dell'OSS rappresenta il collante tra le figure professionali che ruotano attorno al servizio. Risulta perciò fondamentale che l'organizzazione riconosca e legittimi tale ruolo, la cui importanza viene spesso sottovalutata da parte delle stesse operatrici, le quali sviluppano non di rado vissuti di mancato riconoscimento del proprio operato.

Nei contesti innovativi, nei quali il paradigma bio-psico-sociale viene preso a modello nella cura del paziente, la valorizzazione dei profili di assistenza diventa invece uno snodo fondamentale per garantire l'efficacia dell'intervento, coniugando in maniera equilibrata l'ambito sanitario con tutto ciò che afferisce alla sfera sociale.

Rilevante anche il ruolo dell'animatore che, pur concentrando la propria attività prevalentemente a favore degli ospiti di RSA, ha tra i propri obiettivi quello di coinvolgere nelle attività di socializzazione i pazienti dell'ospedale. Egli inoltre contribuisce inoltre a favorire l'apertura del servizio al territorio organizzando occasioni di svago, festa e attività di integrazione. Proprio grazie a figure 'anomale', come quelle dell'animatore, il dispiegamento delle sinergie tra Ospedale e RSA è divenuto un fattore qualificante e di successo del servizio.

Il nodo più rilevante da sciogliere per il futuro, resta quello dell'interfaccia tra Sanità Pubblica e soggetto gestore. Senza voler con questo esaurire

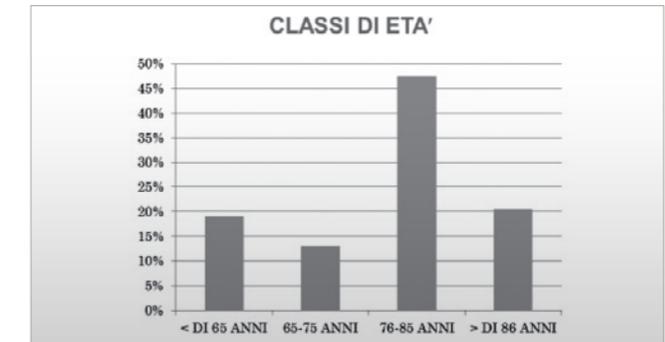
un argomento che meriterebbe una trattazione propria, possiamo affermare in conclusione alla presente esposizione, che l'esperienza dei servizi sociosanitari e dei servizi sociali degli ultimi trent'anni (da quando le realtà regionali più avanzate hanno messo a punto modelli di welfare-mix imperniati sulla collaborazione col Privato Sociale) mostra come il tempo in genere regoli le difficoltà, e come la prassi armonizzi tutte le differenze di cultura organizzativa.

La Sanità pubblica, nell'ordinamento istituzionale e normativo italiano, resta dopo tutto un settore di competenze e di sistemi di governo ancora ben distinti dal cosiddetto Sociale. I modelli della collaborazione tra pubblico e privato, in ambito sanitario, sono in buona misura ancora da sperimentare ma è già possibile affermare che la realtà di Magliano rappresenta, anche da questo punto di vista, un esempio di partnership positiva ed efficace.



**PROFILO OSPEDALE DI COMUNITÀ "ROBERTO NOBILI" MAGLIANO STATISTICHE:**

- **DEGENZE:**
- **MEDIA TEMPI DI ATTESA: 7 giorni**
- **DURATA MASSIMA DI DEGENZA: 33 giorni**
- **DURATA MEDIA DI DEGENZA: 19 giorni**



**TASSO DI OCCUPAZIONE OSPEDALE DI COMUNITÀ**

**MEDIA TASSO OCCUPAZIONE ANNUO 2013: 89,88 %**  
 Il tasso di occupazione relativo al 2014 è in linea con le percentuali di riempimento degli ultimi mesi del 2013



## **Ringraziamenti.**

La presente relazione è basata sui contenuti della comunicazione effettuata durante la 2° Giornata delle Buone Pratiche, organizzata dalla Linea Sociosanitaria di Proges. In quell'occasione, oltre agli autori, sono intervenute Manuela Vanni, Coordinatrice della struttura di Magliano, e Lina Marini, Coordinatrice Infermieristica. Ad entrambe va un particolare ringraziamento.



