

OSPEDALE DI COMUNITA'

MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE

Premessa

Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario provinciale ha definito la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie) nelle strutture di Bondeno, Comacchio e Copparo.

L'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti.

Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.

Gli OsCo si caratterizzano nella degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'ADI.

L'Ospedale di Comunità deve essere un luogo "aperto", dove gli spazi sono pensati per una tipologia di degenza che prevede la presenza dei familiari senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica.

Il personale infermieristico diventa il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione del reparto nel corso delle 24 ore.

La responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "case management", particolarmente strategica per l'impianto dell'Ospedale di Comunità.

ASPETTI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

L'unità di ricovero OsCo prevede l'attivazione di n° 20 letti h 24, ed è posta sotto la responsabilità del Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).

Le funzioni di Direzione Sanitaria sono svolte da un medico dirigente del DCP, che opera in stretta collaborazione con il coordinatore infermieristico e con i Medici di Medicina Generale.

In questo contesto la responsabilità clinica del paziente è affidata al medico di medicina generale mentre la responsabilità organizzativa dell'assistenza è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case-management.

CRITERI DI ELEGGIBILITA', DI PRIORITA', MODALITA' DI AMMISSIONE E DIMISSIONE

L'ammissione all'OsCo è di norma riservata agli assistiti del Nucleo Cure Primarie che insistono nei territori di competenza e può avvenire solo in modalità programmata, con criteri di appropriatezza rispondenti a protocolli predeterminati.

L'ammissione all'OsCo avverrà quindi sempre in modo programmato, concordato con il responsabile infermieristico ed, esclusivamente dal lunedì al venerdì.

La programmazione degli ingressi deve avvenire in modo da garantire che la valutazione del medico possa essere eseguita entro le 24 ore dall'ingresso.

I soggetti per i quali sarà formulata la proposta di ricovero saranno valutati, tramite appositi strumenti, sia sotto il profilo dell'eleggibilità, che riguardo al potenziale carico assistenziale.

La lista di priorità per l'accesso sarà definita dai responsabili dell'equipe di OsCo (Coordinatore Infermieristico, MMG, Medico del DCP).

Le proposte di ricovero possono pervenire dal MMG, da medici ospedalieri per assistiti degenti nei rispettivi reparti, dal personale non medico di assistenza sul territorio (assistenti sociali, infermieri dell'ADI, UVG), ma è solo il MMG Curante che valutando ed approvando la proposta darà il consenso all'avvio all'inserimento nella lista di attesa per il ricovero.

Alla richiesta di ricovero predisposta sull'apposita modulistica, che il "servizio" inviante dovrà compilare accuratamente descrivendo i bisogni assistenziali sanitari e di base, dovrà essere allegato il piano di cura in essere.

Nel caso di dimissione da U.O. ospedaliera la valutazione dovrà essere eseguita dal Case Manager della continuità assistenziale Ospedale-Territorio.

Nel caso di invio dal territorio, la valutazione dovrà essere eseguita dal MMG con la collaborazione del personale dei servizi territoriali (ADI, UVG).

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) costituisce la formalizzazione dell'impegno assistenziale di tutti gli attori che intervengono durante il ricovero in OsCo.

Criteri e Protocolli di ammissibilità

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in OsCo è rappresentata da :

- A) pazienti, prevalentemente anziani, provenienti da struttura ospedaliera (UO Acuti o LpA), clinicamente dimissibili dall'ospedale, ma non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;
- B) pazienti fragili e/o affetti da patologia cronico-degenerativa, provenienti dal domicilio o dalle CRA, caratterizzati da condizioni cliniche e/o sociali tali da renderli non adeguatamente assistibili a domicilio;
- X)) pazienti che necessitano:
 - a) di assistenza infermieristica nella somministrazione dei farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio;
 - b) di monitoraggio infermieristico che richieda sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;
 - c) di formazione/educazione/addestramento del paziente e del care-giver prima del rientro a domicilio.

In ogni caso si tratta di persone caratterizzate da stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

Possono avere i caratteri della ammissibilità al ricovero in OsCo anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di una ulteriore fase

di monitoraggio terapeutico;

- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa, di norma entro il 21° giorno, tale periodo è da ritenersi congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA

Il paziente ammesso nella struttura per gli aspetti clinico terapeutici e medico legali risulta in carico al proprio medico di famiglia, che si avvale delle tecnologie e delle professionalità presenti nel presidio e nelle strutture aziendali.

L'organizzazione del modulo è a carico del coordinatore infermieristico, che per le responsabilità assunte è titolare di posizione organizzativa, l'assistenza è garantita da infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da operatori sociosanitari e quando necessario da fisioterapisti e assistenti sociali.

Il coordinatore infermieristico ha funzioni gestionali e organizzative con particolare attenzione per la programmazione dei ricoveri/dimissioni e per la programmazione delle attività sia degli infermieri che degli OSS, che delle altre figure professionali richieste dal Piano Assistenziale Individualizzato oltre che dei MMG o degli specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura.

Il MMG è presente in struttura in modo programmato dal lunedì al venerdì con accessi di circa 2 ore complessive nel corso della giornata e una reperibilità telefonica per le 12 ore diurne; i turni di presenza per medico sono organizzati con una cadenza settimanale.

Il MMG garantisce per i casi complessi una presenza in struttura nella mattina del sabato e dei prefestivi.

Il MMG è il responsabile clinico-terapeutico del paziente ricoverato.

Durante l'assenza del MMG:

- a) In caso di problematica "urgente" e cioè tale da richiedere un intervento pronto seppure non immediato, l'infermiera/e contatta il MMG in turno (reperibilità telefonica) nelle 12 ore diurne;
- b) Per l'assistenza ai pazienti con improvvisa instabilità del quadro clinico o comunque nei casi di emergenza tale da richiedere l'immediato intervento medico, l'infermiera/e dovrà attivare il medico del 118 che prenderà in carico il paziente.

Nelle ore notturne, festivi e prefestivi e altri concordati è previsto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale secondo gli accordi vigenti.

Durante il ricovero sono garantite le consulenze specialistiche richieste dal MMG.

Le procedure relative alle indagini diagnostiche programmate sono assimilabili a quelle assistenziali ospedaliere e verranno richieste utilizzando il modello informatico già in gestione modificato appositamente.

I farmaci, su prescrizione del medico, vengono erogati con le stesse modalità ospedaliere, secondo un percorso concordato.

Ogni paziente avrà una cartella clinica integrata che verrà compilata sia dal medico che dall'infermiere e da tutti i professionisti coinvolti nel piano assistenziale individuale.

Ruolo della famiglia

L'OsCo, coerentemente con la filosofia di base, che prevede una dimensione il più possibile simile a quella del proprio domicilio, è una struttura orientata verso la persona malata, aperta al rapporto con i familiari del paziente, con orari flessibili e il più possibile adeguati alle loro esigenze.

I primi mesi di attività saranno a carattere sperimentale, e consentiranno di verificare l'organizzazione, le competenze, la modulistica, i sistemi di gestione dell'attività, i criteri di priorità scelti, i criteri di valutazione e gli indicatori, portare a termine il progetto formativo e di apportare eventuali modifiche e miglioramenti.

Sono previsti costanti e programmati momenti di confronto tra i componenti dell'equipe dell'ospedale di Comunità.

La fase sperimentale sarà conclusa entro l'anno 2014.