

Linee Guida per un modello di

COUNTRY HOSPITAL

INDICE

Presentazione
Premessa
Definizione
Documenti di riferimento
Obiettivi
Figure professionali coinvolte
Formazione professionale
Percorsi operativi
Struttura logistica
Arredi
Strumentario e materiale medico chirurgico
Farmaci
Cartella Clinica
Residenzialità

PRESENTAZIONE

La stasi di un processo, qualunque ne sia la natura, ha sempre bisogno di proposte innovative e dirompenti, per infrangere quel torpore che è tipico delle grandi svolte storiche, quando ad ergersi sono tante le difficoltà di ordine vario che in apparenza, e solo in apparenza, possono anche assumere fattezze di scusanti accettabili.

Credo che il momento che la sanità nel nostro Paese sta vivendo vada inquadrato in questa logica erronea di pensiero, che è frenante ed arretra sul piano del progresso che i tempi richiedono quando la esigenza di competitività travalica i confini nazionali.

La situazione si fa più pesante se poi, a livello propositivo, come nel caso della Convenzione Nazionale Unica, quanto di più moderno e significativo era ipotizzabile, in sede di chiusura, è stato in concreto prospettato nel D.P.R. n. 484/96 che, allo stato di incompiutezza, pressoché totale, è rimasta per motivi di ordine economico, culturale e di scarsa sensibilità alle emergenze sociosanitarie che investono ben determinate fasce deboli del Paese.

Il SIMET, in vista del rinnovo della Convenzione Nazionale Unica, vive pienamente la criticità contrattuale e, per quell'alto senso di responsabilità che l'ha sempre contraddistinto, si fa promotore della proposta del COUNTRY HOSPITAL che può offrire oggi una reale opportunità di assistenza domiciliare alternativa al ricovero, qualitativamente rilevante, a costi estremamente contenuti, ad alta valorizzazione del Medico di Medicina Generale e a consistente gratificazione delle popolazioni assistite.

Ed è dalla forza della nostra cultura e dei nostri convincimenti che dobbiamo trarre il necessario vigore per dare gambe ad una ipotesi che riscuote sempre più consenso sul campo e a livello di Centri Studio, di Ricerca e di Società Scientifiche.

PREMESSA

La Sanità del nostro Paese vive il suo momento di transizione fra i più memorabili della sua storia, e a deciderne portata e profili devono concorrere Governo, Parlamento e forze sociali, concertandone impostazione, contenuti e atti conclusivi.

Dalla propria angolazione, pertanto, ognuno deve sentirsi coinvolto nel recupero di ritardi e nella rimozione di situazione stantie.

I Medici, da tecnici e protagonisti, devono saper cogliere questo richiamo ad un senso di maggiore consapevolezza e responsabilità, tenendo nel dovuto conto che una vocazione rivendicazionista non ha più senso nè posto nel contesto in cui ci troviamo, ma al contrario è con proposte serie, alternative allo stato di improcrastinabilità di situazioni viziate e trasversali

SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio

che attraversano il sistema, che si possono creare varchi nella considerazione degli altri e nella crescita della immagine.

L'acquisizione del concetto di salute come benessere fisico, mentale e relazionale, la constatazione che molto spesso i problemi di salute oggi sono complessi, in riferimento ad una complessità di cause patogenetiche intersecantesi fra loro, contenimento della spesa ed ottimizzazione di risorse, per definizione limitate, fanno sì che si debba realizzare una reale integrazione assistenziale socio-sanitaria territoriale nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

Questa deve prevedere l'offerta di prestazioni da parte dei due referenti istituzionali coinvolti, aziende sociosanitarie per il tramite delle loro articolazioni distrettuali e comuni attraverso i loro servizi sociali, con il necessario supporto delle famiglie e delle associazioni di volontariato.

DEFINIZIONE

E' una struttura sociosanitaria territoriale.

Nasce dall'esigenza di rispondere ai bisogni di salute di chi non necessita, a giudizio del **Medico di Famiglia**, della complessità del **2° livello assistenziale**, ma nel contempo **non può vedere risolti**, per i motivi più vari, tutti i propri **problemi** sociosanitari in **ambito domiciliare** attraverso:

A.D.I. - Assistenza Domiciliare Integrata

A.D.P. - Assistenza Domiciliare Programmata

R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistita.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Legge Finanziaria 1996 (n. 549 del 28/12/1995), art. 2, comma 5: ***Ristrutturazione della rete ospedaliera e riconversione degli Ospedali con meno di 120 posti letto***
- Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 384 del 25/11/1997: ***"Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi - Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie"*** - Istituzione degli Ospedali di Comunità
- Febbraio 1996: ***Sperimentazione, in corso, presso Azienda USL di Forlì - Country Hospital di Modigliana e Tredozio***

SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio

- 17/04/1998: Documento di programmazione economico-finanziaria 1999-2001: **Realizzazione di progetti innovativi, in particolare nei servizi individuali e domiciliari ai non autosufficienti (anziani e non), ai malati cronici ed ai malati terminali, anche prevedendo forme di cofinanziamento da enti locali, volontariato e famiglie**
- **Disegno di Legge Delega del Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale** (in corso di approvazione)
- **Carta di Ottawa dell'O.M.S.** (1986)
- **Carta di Lubiana dell'O.M.S.** (1996)
- **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** (in corso di pubblicazione)

OBIETTIVI

- ⇒ **Filtro** ai ricoveri ospedalieri impropri
- ⇒ **Ottimizzazione delle risorse** logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche
- ⇒ Snellimento e facilitazione **dell'accesso al ricovero** e garanzia di continuità assistenziale
- ⇒ Prevenzione di processi di spersonalizzazione del paziente, soprattutto se **anziano**
- ⇒ Facilità di accesso e di collaborazione da parte dei **familiari** dei pazienti e del **volontariato**
- ⇒ Realizzazione del ruolo centrale del **Medico di Medicina Generale** nell'ambito **dell'Assistenza Sanitaria Primaria**, integrato con l'equipe sociosanitaria, nel rispetto dell'approccio olistico al paziente
- ⇒ Realizzazione di una **metodologia di lavoro** in equipe sociosanitaria funzionale ai bisogni di salute del paziente, finalizzata al raggiungimento di obiettivi prefissati
- ⇒ **Superamento** di schematismi e mansionari rigidi di lavoro
- ⇒ **Contenimento della spesa** sociosanitaria
- ⇒ **Diminuzione di costi** secondari indotti dalla ospedalizzazione.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

- Dirigente Medico del Territorio
- Medico di Medicina Generale; Guardia Medica ed Emergenza Territoriale
- Personale infermieristico ed ausiliario
- Consulenti specialisti individuati di volta in volta in base alle esigenze del paziente
- Terapisti della riabilitazione
- Assistente Sociale
- Assistente spirituale
- Volontariato sociale.

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Formazione permanente, a carico della Azienda USL, **per tutti gli operatori interessati**, finalizzata al lavoro integrato in equipe multiprofessionale, con metodologia didattica del tipo seminariale, per apprendimento attivo.

PERCORSI OPERATIVI

1) Responsabile gestionale:

Dirigente Medico del Territorio

2) Responsabile del programma sociosanitario individuale:

Medico di Medicina Generale

3) Responsabile della operatività del piano organizzato:

Infermiere Professionale (Case-manager)

- ◆ La **Continuità Assistenziale** è garantita dalla **Guardia Medica** e dalla **Emergenza Territoriale**
- ◆ Modalità di accesso, programma sociosanitario individuale e dimissione vengono **concordati** tra **Medico di Medicina Generale e Dirigente Medico del Territorio**.

STRUTTURA LOGISTICA

- Strutture ospedaliere con meno di 120 posti letto
- Altre strutture pubbliche riconvertibili
- Qualsiasi altra proposta a provenienza dall’Azienda USL.
Unità abitativa con **camere a 2 letti**, dotate di servizi per **portatori di handicap**, in grado di ospitare **fino a 16 pazienti**.
Zona soggiorno e zona pranzo, con annessa **cucinetta**.
Una postazione multifunzionale: reception, ufficio con collegamenti informatici, telefono, fax.
Un **ambulatorio ufficio**, una sala da medicazione con strumentario diagnostico e chirurgico.
Una **saletta riunioni** per il personale sociosanitario.

ARREDI

Le camere e la zona giorno **devono riprodurre il più possibile le caratteristiche di un’abitazione privata**, nel rispetto dei **bisogni fisiologici del paziente** (letti antidecubito, ecc. É).

La cucinetta sarà dotata del **necessario** per la **conservazione** e la **erogazione di pasti caldi**, per la **preparazione ed erogazione di bevande**.

La **postazione multifunzionale** è dotata dell’arredo tipo di una reception, archivio, postazione telefonica e pc collegato in rete con le altre articolazioni dell’azienda USL, gli studi dei Medici di Medicina Generale e con i servizi sociali del Comune, per rendere semplice, veloce ed affidabile ogni comunicazione.

L’**ambulatorio** è a **disposizione dei medici** che forniscono le loro prestazioni nella struttura, ed è dotato di **archivio** per la custodia delle cartelle cliniche, **telefono e collegamento in rete**.

La **sala medicazione** è dotata di strumentario per piccola chirurgia, medicazione, diagnostica, ausili e presidi sanitari.

La **struttura** deve essere fornita di un sistema di **raccolta e smaltimento di rifiuti speciali**, in convenzione esterna con ditte specializzate.

STRUMENTARIO E MATERIALE MEDICO CHIRURGICO

Detenzione minima per l'esecuzione di esami bioumorali considerati di "routine" nel monitoraggio delle prevalenti patologie cronico-degenerative, con caratteristiche di facilità e rapidità di esecuzione.

Elettrocardiografo portatile.

Ecografo portatile + doppler.

Strumentario diagnostico ambulatoriale standard.

Strumentario per piccola chirurgia e per medicazione.

Lampada antiriflesso.

Sterilizzatrice.

Ulteriore strumentario sarà integrato in funzione di **bisogni di salute del singolo paziente**, in analogia a quanto avviene per l'A.D.I..

FARMACI

Dotazione minima necessaria:

- 1) farmaci salvavita per emergenze ed urgenze
- 2) farmaci somministrati secondo programmi individuali.

Approvvigionamento dei farmaci:

- 1) come per la Continuità Assistenziale
- 2) il Medico di Medicina Generale ricetta in base al programma terapeutico individuale.

Altri farmaci, supporti e presidi necessari per la nutrizione parenterale, la gestione di incontinenza, piaghe da decubito, stomie e quant'altro, vengono erogati in analogia alle modalità previste per l'A.D.I..

CARTELLA CLINICA

La cartella clinica del paziente, gestita dal Medico di Famiglia, lo accompagna nel Country Hospital.

La copia della lista dei problemi del paziente, unitamente alla parte del diario clinico inerente al periodo di assistenza residenziale, rimane in archivio.

RESIDENZIALITA'

Nell'ottica del contenimento della spesa e dell'igiene alimentare, i pasti arrivano preconfezionati e personalizzati in base a necessità dietetiche e gusti alimentari dei singoli pazienti, con stoviglie preferibilmente usa e getta.

La struttura è dotata di sistemi di **conservazione, riscaldamento e raffreddamento di cibi**.

La **biancheria da letto** e le **pulizie degli ambienti** sono **garantite dall'Azienda USL**, in accordo con il Comune o altri enti locali.

000000000000000000000000

Hanno partecipato:

Dott. Giancarlo AULIZIO – CH di Modigliana

Dott. Salvo CALI' – Segretario Nazionale CUMI

Dott. Antonio CIRILLO – Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL RMA

Dott.sa Chiara CLAROLANZA – ASL RMC

Dott. Camillo D'ANDREA – Medico di Guardia ASL NA

Dott. Andrea DESDORIDES – Regione TOSCANA

Dott. Giuseppe GARRAFFO – Segretario CISL Medici

Dott.sa Alessandra GIORDANI – ASL RMC

Dott. Gianfranco MANCINI – Medico di M.G. Ponte S. Nicolò (PD)

Dott. Pierluigi NAVARRA – Medico di M.G. Povoletto (PN)

Dott. Pasquale TRECCA – Segretario Generale SIMET