

Progetto di riqualificazione del presidio sanitario di  
Cividale del Friuli

# Progetto pilota **Ce.S.M.I.**

*Centro Sanitario di Medicina Integrata*



“Il tutto è maggiore della somma delle sue parti”  
*Aristotele*

## **PREMESSE**

Redigere un "Progetto di riqualificazione" del presidio ospedaliero di Cividale e dell'intero sistema sanitario che serve i 15 Comuni racchiusi nel Distretto Sanitario del cividalese, comporta un'assunzione di responsabilità verso la comunità, significa proporre una lettura dei bisogni veritiera che si trasformi in proposta coerente, realistica, realizzabile.

L'analisi del contesto sociale, scientifico ed economico nel quale il progetto deve essere formulato e successivamente realizzato, ci spinge a volgere lo sguardo al di là del futuro prossimo per intercettare le trasformazioni sociali ed epidemiologiche, la rapida evoluzione dei modelli scientifici ed organizzativi, mettendo in atto un'oculata gestione delle risorse umane ed economiche disponibili.

La proposta vuole fare sintesi tra le richieste di rinnovamento avanzate dagli operatori del settore e le istanze dei cittadini divenuti, nel tempo, soggetti "costruttori" del percorso di salute, individuale e comunitario.

Per questi motivi, le tappe della trasformazione del sistema sanitario locale, si dispiegano in un arco temporale decennale organizzato su obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Di conseguenza, la proposta non si limita ad elencare i servizi essenziali indispensabili al territorio, quindi irrinunciabili, ma traccia un percorso di rinnovamento/arricchimento con un'offerta che travalica i confini territoriali per porsi come interlocutore privilegiato per l'intero territorio regionale.

Gettando "il cuore oltre l'ostacolo" si propone di rendere il Centro Sanitario un progetto pilota per la promozione della salute che coniughi il soddisfacimento dei bisogni assistenziali con un forte impulso all'abbattimento dei fattori di rischio sanitario.

Un "atto di coraggio" che proietti Cividale oltre le difficoltà contingenti.

Il momento storico ci impone scelte che determineranno cambiamenti epocali; a noi il compito di accettare la sfida e rendere la "Krisis" un'opportunità per aprirci a nuove prospettive e progettualità.

**Principi ispiratori:**

- Centralità della persona e dei suoi bisogni
- Il servizio sanitario è organizzato per rispondere in modo coordinato ed integrato ai bisogni delle persone

**Parole chiave:**

- Continuità assistenziale
- Integrazione socio-sanitaria
- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Sanità di iniziativa
- Approccio di Comunità

**Scenari epidemiologici:**

- Aumento della durata media della vita
- Aumento della numerosità di persone anziane
- Aumento dell'incidenza dei malati cronici

**Ricadute per i sistemi sanitari:**

- ✓ Divario crescente tra risorse disponibili e domanda di salute
- ✓ Problema della sostenibilità dei sistemi sanitari e di protezione sociale

**La direzione del cambiamento:**

- Sanità di iniziativa
- Promozione della salute
- Approccio di Comunità

**Nuovi modelli:**

- ✓ Organizzativi: casa della salute
- ✓ Gestione dei malati cronici: Chronic Care Model expanded
- ✓ Approccio di comunità: lavoro di rete

**ASSETTO ATTUALE DELL'OFFERTA**  
**SANITARIA – ASSISTENZIALE e principali criticità**

**Offerta attuale nella sede ospedaliera**

***Funzioni ospedaliere AO SMM Udine***

- ✓ Pronto soccorso ed osservazione temporanea
- ✓ Ambulatori specialistici
- ✓ Diagnostica radiologica ed ecografica di base
- ✓ Degenza medica (ordinaria, 33 p.l. e DH)
- ✓ Day surgery
- ✓ Punto prelievi
- ✓ Servizio emotrasfusionale
- ✓ Accettazione e CUP
- ✓ Portineria e centralino
- ✓ Direzione sanitaria

***Funzioni ospedaliere H.S.Daniele***

- ✓ Emodialisi
- ✓ Ambulatorio nefrologico

***Funzioni distrettuali***

**Sede ospedaliera**

- ✓ Ambulatori specialistici ( oculistica, odontoiatria, pneumologia, terapia del dolore, ORL, ginecologia e ostetricia, fisiatria)
- ✓ Fisioterapia ambulatoriale
- ✓ Ambulatorio mamma-bambino
- ✓ Percorso nascita
- ✓ RSA
- ✓ Servizio di continuità assistenziale

**Sede di via Cavalieri di Vittorio Veneto**

- ✓ Anagrafe assistiti e CUP
- ✓ Gestione personale convenzionato
- ✓ Ufficio presenze/assenze
- ✓ Sportello infermieristico
- ✓ Servizio infermieristico domiciliare
- ✓ Dietista
- ✓ Consultorio familiare
- ✓ Equipe Multidisciplinare Territoriale
- ✓ Prevenzione salute orale
- ✓ Assistenza protesica e riabilitativa in convenzione
- ✓ Assistenza farmaceutica integrativa regionale
- ✓ Commissione invalidità civile ed handicap
- ✓ SOS cure domiciliari
- ✓ Segreteria unica sanitaria
- ✓ Alcologia
- ✓ Sportello ausili
- ✓ Servizio riabilitativo domiciliare
- ✓ Servizio vaccinazioni
- ✓ Ufficio certificazioni medico legali

- ✓ Ufficio Distrettuale della Medicina Generale
- ✓ Uffici direzionali e di coordinamento

### **Centro servizi sanitari e di comunità di Cividale del Friuli**

Il coordinamento degli operatori rappresenta una componente importante della qualità dell'assistenza, come rileva anche un'indagine condotta dall'OCSE (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007) che evidenzia come "l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa dell'inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni".

I cambiamenti organizzativi vanno indirizzati su modelli fortemente caratterizzati dall'integrazione delle funzioni e dal coordinamento dei professionisti. I team multiprofessionali, i PDTA e le reti di comunità sono strumenti di un modello assistenziale che pone al centro il paziente ed i suoi bisogni.

E' necessario quindi rivedere gli assetti organizzativi delle cure primarie in particolare dei medici di M.G., dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale.

L'organizzazione dovrebbe integrare le funzioni distrettuali e quelle ospedaliere: le cure primarie, le cure intermedie e del fine vita, le cure ospedaliere.

L'organizzazione attuale dell'offerta è ripartita su **tre centri di responsabilità**:

1. Azienda ospedaliera S.M.M. della Misericordia
2. Ospedale di rete di San Daniele del Friuli.
3. Distretto sanitario di Cividale

*Sarebbe auspicabile una semplificazione organizzativa che raggruppi le funzioni ospedaliere in un unico soggetto istituzionale con funzioni di rete e che razionalizzi l'offerta rendendola funzionale ai bisogni ed ai percorsi di salute dei cittadini.*

### **Funzioni ospedaliere**

- ✓ Pronto soccorso ed osservazione temporanea
- ✓ Laboratorio analisi
- ✓ Degenza medica per acuti e post acuti
- ✓ Day Hospital
- ✓ Diagnostica per immagini, ecografica
- ✓ Specialistica ambulatoriale
- ✓ D. Surgery
- ✓ Emodialisi

*L'offerta ospedaliera dovrebbe essere fortemente integrata con l'offerta distrettuale e declinata nei percorsi di salute per problemi e nei percorsi per intensità di cura: percorsi di continuità ospedale-territorio, percorsi diagnostici rapidi, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, percorsi di follow-up malati cronici (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, neoplasie, INR).*

### **Funzioni distrettuali**

Il distretto sanitario è il punto dove si incontrano i bisogni di salute dei cittadini con il servizio sanitario. Il distretto dovrebbe essere anche il luogo dove la comunità partecipa alle scelte per la salute attraverso gli organi istituzionali e collabora all'empowerment della persona e della comunità su stili di vita più sani.

La grande sfida dei servizi sanitari e di protezione sociale del terzo millennio è rappresentata dall'assistenza dei malati cronici. Il divario crescente tra domanda di salute e risorse rischia di veder

soccombere il servizio sanitario pubblico e la sua universalità. E' necessario modificare il paradigma assistenziale, superare quindi il modello della medicina di attesa, la cura delle malattie, orientando il sistema verso la medicina di iniziativa che punta sulla promozione della salute, la prevenzione dei fattori di rischio delle malattie e sull'autogestione dei pazienti con malattia cronica.

Il Chronic Care Model, modello per la gestione dei malati cronici sviluppato alla fine degli anni 90 negli USA ed adottato in Canada, Germania e Gran Bretagna, declina la sanità di iniziativa orientata al self care, alla promozione della salute e alla partecipazione della comunità.

Gli elementi fondamentali del CCM sono:

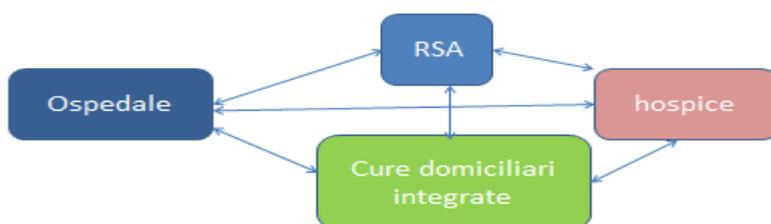
- ✓ Le organizzazioni sanitarie: riorientare finanziamenti ed attività per una nuova gestione delle malattie croniche
- ✓ L'organizzazione dei team assistenziali
- ✓ Il supporto all'autocura
- ✓ Il supporto alle decisioni: adozione di linee guida, pdta
- ✓ I sistemi informativi
- ✓ Le risorse della comunità

### Distretto sanitario

Il distretto sanitario di Cividale è una struttura operativa aziendale dell'A.S.S. n.4 "Medio Friuli". Nella nuova sede del distretto sanitario, ubicata presso l'area ospedaliera, troveranno collocazione i servizi attualmente presenti in via Cavalieri di Vittorio Veneto, 7 e gli ambulatori specialistici presenti presso la sede ospedaliera. Inoltre nella nuova sede è previsto l'hospice di 10 posti letto per malati terminali.

Il distretto sanitario gestisce le cure territoriali: cure primarie, cure intermedie, cure di fine vita. L'assistenza si articola per percorsi: percorsi di continuità, percorsi per intensità di cura, percorsi diagnostico-terapeutici rapidi e percorsi preventivo-diagnostico-terapeutici-assistenziali.

Percorsi di continuità ospedale-territorio



# PROGETTO DI RIQUALIFICAZIONE

La rimodulazione dell'assetto organizzativo dell'attuale ospedale di Cividale si pone come obiettivo primario mettere a disposizione **un punto di riferimento certo per il cittadino al quale egli può rivolgersi, in ogni momento, per trovare una risposta ai propri problemi di salute, che risponda alle diverse complessità assistenziali, che sia un punto di accoglienza e orientamento ai servizi.**

Pertanto deve:

- Assicurare un punto unico di accesso al cittadini
- Garantire la continuità delle cure h.24, 7 giorni su 7
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- Migliorare la presa in carico dei pazienti con problemi di patologie croniche
- Sviluppare programmi di prevenzione rivolti ai singoli, alla comunità e a target specifici di popolazione
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini
- Offrire formazione permanente agli operatori

## **NUOVO ASSETTO STRUTTURA SANITARIA CIVIDALESE**

### **1. Casa della salute di 3° livello**

La "Casa della Salute", nuovo modello per le cure primarie, già realizzato e consolidato in alcune Regioni potrebbe essere realizzato nell'area "ospedaliera" di Cividale del Friuli. La casa della salute è il luogo in cui si realizza la sanità di iniziativa, la promozione della salute e l'approccio di comunità.

La Casa della Salute è un presidio territoriale del distretto che accoglie la domanda di salute, ed eroga le risposte assistenziali in maniera coordinata ed integrata.

**I requisiti organizzativi di base potrebbero essere i seguenti:**

<b>AREA PUBBLICA</b>	<b>Macro Area</b> Accoglienza/accettazione, attese, C.U.P., P.U.A.I.
<b>ASSISTENZA PRIMARIA</b>	Aggregazione funzionale territoriale (AFT) dei MMG di Cividale h.12 diurna 5/7 e h.2 nei prefestivi
	Ambulatorio Pediatrico PLS
	Ambulatorio Infermieristico
	Infermieri territoriali di continuità/comunità (h12 7/7)
	Ambulatorio osservazione-terapie
	OSS territoriali
	Associazioni di volontariato
	Ambulatori specialistici
	Continuità Assistenziale h.12 – Guardia medica
	Studio assistente sociale
	UVM disabili e anziani
<b>SERVIZI SANITARI</b>	Punto prelievi
	Diagnostica tradizionale (+ mammografie)
	Ambulatorio ECO
	Ambulatorio ostetrico
	Assistenza protesica

	Recupero e riabilitazione funzionale
	Palestra polivalente
	Neuropsichiatria infantile
	Consultorio familiare
	Pediatria di Comunità
<b>SERVIZI SOCIO SANITARI</b>	R.S.A.
	Hospice
<b>PREVENZIONE</b>	Vaccinazioni
	Screening Pap test
	Screening mammografico
	Screening colon-retto
	Certificazioni monocratiche
	Commissioni invalidità civile
<b>AREA DI STAFF</b>	Direzione
	Sala riunioni
	Uffici di staff

#### Casa della salute: team multiprofessionale



L'istituzione della Casa della salute ha l'obiettivo generale di organizzare un presidio integrato socio-sanitario con apertura h12 o h24, 7 giorni su 7, in grado di costituire un punto di riferimento unico per il cittadino nel territorio per i bisogni di assistenza primaria attraverso:

- Presa in carico integrata socio-sanitaria dei bisogni
- Miglioramento continuo dei percorsi assistenziali
- Avvio della medicina di iniziativa per le principali malattie croniche attraverso l'attuazione del CCM versione expanded (diabete mellito 2° tipo, BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa)
- Appropriately delle prestazioni attraverso la riduzione degli accessi impropri al P.S., dei ricoveri ospedalieri e del ricorso alla specialistica ambulatoriale
- Sperimentazione di team multiprofessionali integrati e proattivi
- Promozione della salute e prevenzione (rischio cardiovascolare)
- Raccordo con la Comunità

## **Indicatori di processo**

- Attivazione pdta: diabete, BPCO, paziente in TAO, scompenso cardiaco
- N. pazienti arruolati per ogni percorso attivato

## **Indicatori di risultato**

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri specifici per: BPCO, diabete, scompenso cardiaco
- Riduzione del rischio cardiovascolare
- Riduzione degli accessi al pronto soccorso, in particolare per i codici bianchi e verdi

La Casa della salute potrebbe essere allocata presso la sede ospedaliera utilizzando il nuovo Padiglione di Levante ed il piano terra nell'area attualmente occupata dagli ambulatori specialistici del distretto che verranno prossimamente trasferiti nella nuova sede del distretto.

## **1.1 - Area Medicina di Gruppo**

Il progetto prevede l'attività di un gruppo di MMG, attualmente operanti nel Comune di Cividale . La sede identificata è quella sinora occupata dagli ambulatori specialistici, nel Padiglione Centrale, Piano Terra del presidio ospedaliero. I locali, essendo attualmente già destinati ad attività ambulatoriale, non richiedono grossi interventi di ristrutturazione, ma solo di eventuale adeguamento alla più recente normativa in materia.

Un'ottima alternativa è rappresentata dai locali del nuovo distretto sanitario (padiglione di levante) precedentemente destinati al trasferimento della dialisi, progetto decaduto.

L'Area destinata alla Medicina di Gruppo deve essere dotata di:

- a)- n.1 ambulatorio per ogni MMG, dotato di quanto previsto dalla normativa vigente
- b)- n.1 sala d'attesa sufficientemente ampia rispetto al flusso di pazienti atteso (non meno di 30-40 accessi quotidiani per Medico)
- c)- n.1 servizio igienico, dotato di antibagno, destinato ai professionisti ed al personale di studio
- d)- n.1 bagno, con antibagno, destinato ai pazienti, con dotazioni per le persone diversamente abili
- e)- n.1 studio per una segretaria/infermiera
- f)- n.1 ambulatorio per medicazioni/fleboclisi, che potrebbe anche essere utilizzato in comune dai MMG, con accessi programmati da parte dei pazienti e programmazione gestita dall'infermiera. L'ambulatorio è gestito dall'infermiera di Distretto o dalla Segretaria/infermiera.
- g)- n.1 elettrocardiografo (o integrazione con il servizio di cardiologia del Presidio ospedaliero)

## **ATTIVITA' DEI MMG**

- VISITE PROGRAMMATE SU APPUNTAMENTO (telefonico o tramite Totem).
- VISITE PAZIENTI PROVENIENTI DAL P.S. a seguito di accesso improprio
- VISITE URGENTI PER PATOLOGIE ACUTE:
  - a)- codice giallo/rosso inviati successivamente in PS
  - b)- codice bianco/verde gestiti in autonomia dal MMG, con eventuale supporto dei servizi offerti dal presidio ospedaliero (laboratorio analisi, radiologia/ecografia, specialisti distrettuali).
- ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PREVALENTI: Diabete Mellito di Tipo 2, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, B.P.C.O., neoplasie.
- CONTROLLO E FIRMA RICETTE RIPETITIVE, per farmaci assunti cronicamente o esami programmati già concordati con MMG; ricette/impegnative già precedentemente predisposte a P.C. dall'Infermiera.
- REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE SU SUPPORTO INFORMATICO CONDIVISO DALLO STAFF MEDICO/INFERMIERISTICO: ogni operatore viene munito di password che consente

l'accesso in lettura a tutti i dati, MA la modifica solo di quelli di rispettiva competenza. Ogni accesso sarà registrato e, attraverso la password personale immessa, firmato digitalmente.

## **VISITE PROGRAMMATE e gestione attività quotidiana**

Le visite vengono programmate su richiesta telefonica, o tramite totem da parte dei pazienti, ad un numero dedicato a cui risponde l'infermiera/assistente di studio che le gestisce. Salvo diverse indicazioni del MMG e richieste del paziente verrà programmata almeno 1 visita ogni 15-20 minuti per tutto l'arco orario dell'attività del medico. Ogni MMG massimalista garantisce, secondo la normativa vigente, almeno 3 ore al giorno di ambulatorio per 5 gg alla settimana. Nella struttura sarà garantita SEMPRE la presenza di un MMG nelle 12 ore diurne, dalle 8 alle 20 (tranne PREFESTIVI e FESTIVI). Ogni MMG, salvo urgenze REALI e GIUSTIFICATE, continuerà a gestire PRINCIPALMENTE SOLO i propri pazienti, mentre le urgenze potranno essere gestite dal MMG presente nell'orario in cui accedono nella sede della Medicina di Gruppo, per poi essere riprese in carico dal MMG titolare. Ciascun MMG, secondo accordi assunti all'interno del gruppo, sostituirà gli assenti durante i loro periodi di ferie/malattia. Sarà stabilito dai MMG il numero minimo di MMG che deve essere presente durante i periodi di ferie: qualora non garantito, potrà essere inserita la figura di un sostituto estraneo al gruppo, concordato tra i membri del gruppo.

Nella zona di Codroipo è stata sperimentata per alcuni MMG della zona, operanti in gruppo, la prenotazione tramite TOTEM. Quest'ultimo è un dispositivo informatizzato, collegato via ADSL, con il calendario delle visite dei MMG del gruppo, posto in alcune sedi strategiche (1 nella sala d'attesa del gruppo, 1 in almeno una farmacia del comune, 1 nella sala d'attesa prelievi/prenotazioni CUP), attraverso il quale i pazienti possono prenotare direttamente le visite dal proprio medico, inserendosi negli spazi liberi, visionando quelli occupati da altri pazienti indicati ovviamente dalla sola specificazione di "OCCUPATO" (non il nome del paziente che ha fissato l'appuntamento), e ricevendo un promemoria cartaceo con data e ora fissata. In questo modo si potrebbero abbattere il numero di telefonate che giungono all'infermiera del gruppo: esiste però il problema di trovare il finanziamento per l'acquisto ed il collegamento dei TOTEM (6000-8000 euro ???).

## **PERCORSI DIAGNOSTICI BREVI**

I MMG operanti nel gruppo avrebbero l'opportunità di utilizzare, in modo ottimale e finalizzato ad evitare ricoveri impropri e accessi impropri in PS, nonché ridurre le richieste di esami programmati con beneficio sulle liste di attesa per gli stessi, dei PERCORSI DIAGNOSTICI BREVI.

Questi consistono in percorsi diagnostici condivisi tra i professionisti della branca interessata (cardiologi/gastroenterologi/chirurghi/aa specialisti), che avrebbero lo scopo di abbreviare i tempi per la diagnosi di una patologia insorta acutamente, per la quale non vi siano le caratteristiche di gravità per l'accesso in PS, o per la quale, indipendentemente dalla gravità della patologia, il paziente acceda dal MMG, invece che in PS.

Il percorso attivato dal MMG, che accetta quindi di gestirlo, senza avviarlo in PS, dovrebbe essere interamente coordinato dal MMG stesso o comunque da un medico del gruppo, che, dopo averlo attivato, deve valutarne i risultati e decidere se ricoverare il paziente o gestirlo a domicilio. In tale situazione potrebbe anche essere utile avere alcuni posti letto come "ospedale di Comunità" in cui il gruppo di MMG continua a seguire il paziente fino a risoluzione della patologia (per i pazienti più fragili) o fino a ricovero ordinario dello stesso. In questo caso si dovrebbe creare anche una rete di integrazione con i Colleghi della Continuità assistenziale, con estensione dell'accesso al Server del Gruppo, per avere tutte le informazioni necessarie alla gestione del caso ( questa integrazione sarebbe opportuna comunque per tutti i pazienti dei MMG del gruppo, anche gestiti a domicilio). A tale scopo è indispensabile che i MMG registrino in modo completo e regolare tutte le prestazioni svolte ai propri pazienti, corredate con il ragionamento clinico relativo.

## **ATTIVITA' DI PREVENZIONE SULLE PATOLOGIE PREVALENTI (Medicina di Iniziativa)**

I MMG del gruppo, a turno incontrano i pazienti del gruppo selezionati per patologia e effettuano su ciascun gruppo interventi di tipo informativo per la gestione della loro patologia, a tema: es. ogni 3 mesi viene individuato un tema sul quale il MMG di turno effettua l'intervento informativo.

Inoltre per ciascuna patologia, ciascun MMG, periodicamente incontra i singoli pazienti per un bilancio di salute, con misurazione di parametri, visita medica e predisposizione di eventuali esami di approfondimento o di follow-up necessari.

La selezione dei pazienti e le chiamate verranno effettuate dall'infermiera/segretaria del gruppo, mentre l'assistenza dei MMG del Gruppo durante l'attività clinica di monitoraggio delle patologie croniche di cui sopra potrebbe essere effettuata dall'infermiera messa a disposizione dal Distretto. Per ciascuna delle patologie croniche individuate dalla Regione verranno concordate dai MMG del gruppo il tipo di monitoraggio clinico da compiere, in modo da uniformare l'attività stessa e gli interventi.

## **INTEGRAZIONE CON I SERVIZI DISPONIBILI NEL PRESIDIO**

Il vantaggio per l'attività di una Medicina di Gruppo operante nell'attuale presidio ospedaliero consiste nell'aver a disposizione una serie di servizi di tipo diagnostico e terapeutico, tutti concentrati nella stessa sede, evitando ai pazienti di doversi muovere da una sede all'altra per ottenerli o prenotarli (si potrebbe anche attivare la possibilità per l'infermiera del gruppo di effettuare direttamente le prenotazioni al CUP degli esami programmabili richiesti dai MMG del gruppo).

Inoltre l'esito della valutazione clinica/strumentale attivata sottoforma di percorso diagnostico breve potrebbe essere un ricovero in letti di Ospedale di Comunità, in Hospice, o ricovero ordinario, se giustificato, nonché invio in PS per patologia non gestibile dal MMG, per ev. invio in struttura ad alta specialità (OC UDINE).

Nella stessa sede esiste anche l'RSA, oltre all'Hospice che, come in altre realtà, discutendo in sede sindacale un adeguamento economico dei MMG che fanno parte del gruppo, potrebbero anch'esse essere gestite dai MMG, essendo attività DISTRETTUALI e NON ospedaliere: in ogni caso la presenza dell'RSA è un ulteriore strumento di gestione della cronicità/riabilitazione cui, su programmazione concordata con il Distretto Sanitario, far accedere i pazienti che ne presentassero necessità. Inoltre i letti di Ospedale di Comunità, gestiti dai MMG del gruppo, potrebbero rappresentare un elemento "cuscinetto" per i pazienti fragili/soli, scarsamente autosufficienti, che sono in attesa di ingresso in RSA o Casa di Riposo, o, concluso il percorso di RSA, attendono l'ingresso in Casa di Riposo con un limite temporale di gestione in tale sede.

*TUTTE LE ATTIVITA' INOLTRE CHE VANNO CONDIVISE CON IL DISTRETTO ATTRAVERSO UVD NON RICHIEDONO LO SPOSTAMENTO DEI MMG IN ALTRA SEDE PER LA RELATIVA DISCUSSIONE DEL PROGRAMMA ASSISTENZIALE E, DALL'ALTRA PARTE, VUOI ATTRAVERSO UN'INTEGRAZIONE TRA INFERMIERA DEL GRUPPO E PUNTO UNICO DISTRETTUALE (OVE SI FA RIFERIMENTO PER LE VARIE RICHIESTE DA PARTE DEI PAZIENTI), VUOI PER ACCESSO DIRETTO DEI PAZIENTI, EV. RICHIESTE DEL MMG CONDOTTE DIRETTAMENTE DAI PAZIENTI AL DISTRETTO SANITARIO NON RICHIEDEREBBERO CHE POCHE DECINE DI METRI PER ESSERE PRESE IN CARICO DAL DISTRETTO STESSO.*

La nuova normativa per il rilascio di certificati per attività sportiva non agonistica potrebbe giovare di una risposta immediata, con esecuzione di ECG, nei casi in cui sia previsto, direttamente in ambulatorio cardiologico, sito nella stessa sede. Le attività di fleboclisi/medicazioni svolte attualmente dall'infermiera del Distretto nel presidio potrebbero proseguire come in corso o essere trasferite, almeno per i pazienti del gruppo di MMG operante nel Presidio, sotto la responsabilità del gruppo di Medici, sapendo che in caso di effetti collaterali/incidenti da infusione, esiste la

disponibilità di un intervento efficace da parte del locale Pronto Soccorso (riducendo così il carico di lavoro delle infermiere stesse del Distretto, ma soprattutto riportando sotto la gestione medica il controllo delle attività svolte in tale sede, specie in ordine alla gestione delle lesioni trofiche cutanee, LDD, ferite, medicazioni varie, specie quelle con carattere di complessità).

Utile per completare tale attività:

1. Supporto da parte del Distretto con un/una infermiere/a per i monitoraggi clinici ·
2. Fornitura di materiali per medicazioni/fleboclisi·
3. Presenza del Pronto Soccorso sulle 24 ore·
4. Presenza di un'area di osservazione temporanea
5. Radiologia di base (per rx torace ed ecografia addominale)
6. Laboratorio analisi per esami urgenti o suo "surrogato" se garantita affidabilità dei risultati.

## 2.- Area servizi ospedalieri

<b>SERVIZI</b>	Pronto Soccorso
	Area di osservazione temporanea
	Automezzi servizi sanitari
	Emodialisi
	Ambulatorio nefrologico
<b>DEGENZE</b>	Medicina territoriale (post acuzie)

Le voci che filtrano in merito alla riforma del S.S.R., in corso di predisposizione, prefigurano la possibilità di un "dimagrimento" della presenza di servizi ospedalieri all'interno della struttura cividalese. Ciò nonostante si riafferma la volontà del mantenimento del Reparto di degenza medica che potrebbe assumere un'organizzazione a "moduli" per l'accoglimento dei:

- pazienti in osservazione temporanea provenienti dalla Medicina di Gruppo
- pazienti cronici riacutizzati provenienti dal domicilio e dalle residenze protette che non necessitano di particolari indagini diagnostiche o terapie d'urgenza erogabili esclusivamente nell'Ospedale di Udine
- pazienti post-acuti provenienti dall'A.O.U. di Udine che proseguono il percorso terapeutico e si avviano alla dimissione domiciliare protetta

Altrettanto importante è il mantenimento del Pronto Soccorso che deve svolgere anche la funzione di guardia attiva per la Medicina, la R.S.A. e per l'Hospice.

Questo delicato servizio deve entrare a pieno titolo nei ragionamenti che andranno fatti nella predisposizione del Piano Regionale dell'Emergenza, che dovrà garantire un'uniforme presenza del personale e dei mezzi di soccorso su tutto il territorio regionale, con una particolare attenzione riservata ai territori oro-geograficamente difficili.

Per quanto attiene all'Area dei servizi di diagnostica le eventuali trasformazioni organizzative e tecnologiche devono garantire elevati standard qualitativi.

Negli ultimi decenni la struttura è stata "depredata" e le attrezzature sono decisamente obsolete. Anche volendo prendere in considerazione un'ipotesi di limitazione della diagnostica alle sole funzioni di base non è possibile rinviare ulteriormente il rinnovo delle attrezzature.

# AREA INNOVAZIONE

## 1. Servizio di Medicina Complementare

### Le origini del progetto

Negli ultimi venticinque anni, in Europa occidentale è aumentato l'utilizzo delle medicine complementari e alternative (CAM), che comprendono pratiche come l'agopuntura, l'aromaterapia, l'erboristeria, l'omeopatia, l'osteopatia, il massaggio, la naturopatia, lo shiatsu e lo yoga.

L'atlante mondiale delle medicine tradizionali, complementari e alternative dell'OMS afferma che le CAM sono molto diffuse a livello europeo. Con i cambiamenti demografici, nel campo dell'assistenza sanitaria si sono verificate nuove sfide in tutti i paesi europei e le CAM vengono impiegate spesso nel trattamento di disturbi cronici a lungo termine, nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Medici e operatori non medici praticano le CAM in ambienti molto diversi tra loro.

Determinante nell'affermazione dell'uso delle medicine complementari (CAM) è stato l'aumento delle richieste dei cittadini in relazione all'aumentata sensibilità ecologica che ha portato molti pazienti ad avvicinarsi a tecniche e sostanze ritenute più naturali e meno invasive.

Alcuni professionisti della salute hanno optato per un approccio terapeutico "graduale" che eviti l'utilizzo della farmacologia di sintesi nelle patologie lievi riservandola a malattie più complesse ed ingravescenti.

Anche nel settore sanitario è maturata la consapevolezza che le CAM possano essere utilizzate in forma integrata con la medicina convenzionale e che da questa sinergia il paziente tragga grande beneficio.

La medicina complementare è un ottimo coadiuvante nei percorsi di promozione della salute in quanto alcune tecniche, una volta apprese, possono essere gestite autonomamente dall'utente in un'ottica di *selfcare*.

Non ultimo, l'uso appropriato delle medicine complementari ha una positiva ricaduta sui costi generali della sanità.

La sensibilizzazione dei centri decisionali politici ha portato all'emanazione di Leggi e Regolamenti per l'utilizzo della Medicina Complementare in quanto:

- 1.- garantisce il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico in adesione dei principi del Codice di deontologia medica, nell'ambito di un rapporto consensuale ed informato tra paziente e medico;
- 2.- è fondamentale tutelare il paziente intervenendo per garantire la qualità delle prestazioni erogate dai privati e delle sostanze utilizzate in fitoterapia;
- 3.- si è ritenuto opportuno realizzare percorsi d'integrazione tra le Medicine convenzionale ed integrativa in ambito pubblico, preso atto dei benefici insiti nell'approccio multidisciplinare.

A fronte di quanto esposto, l'istituzione di un Centro Sanitario di Medicina Integrata proietta Cividale all'avanguardia nel panorama regionale e nazionale.

Certamente se si tiene conto della difficile congiuntura economica è indispensabile predisporre un progetto che richieda un impegno economico minimo. In tale senso l'utilizzo dei locali attualmente occupati dal Poliambulatorio (pianoterra padiglione centrale) non comporta un investimento significativo in quanto è sufficiente la manutenzione ordinaria; per quanto attiene ai professionisti, in via sperimentale, si può optare per la formula della libera professione che comporterebbe, tra l'altro, un ritorno economico per l'Azienda.

L'impegno maggiore dovrà essere posto nel creare l'indispensabile collaborazione tra la componente CAM e quella convenzionale, facilmente superabile se si identificano nello stesso operatore (medico, infermiere, fisioterapista, etc).

Il progetto di istituzione del Servizio di Medicina Integrata dell'ospedale di Cividale prevede l'utilizzo di alcune CAM: agopuntura, omeopatia, fitoterapia, aromaterapia, osteopatia, massaggi, naturopatia, yoga, meditazione, tecniche di rilassamento, etc.

L'attività è rivolta agli utenti che ricorrono a cure ambulatoriali ed ai ricoverati dell'Ospedale di concerto con i medici ospedalieri e dei Medici di M.G. che li hanno in carico. E' possibile usufruire in regime ambulatoriale delle prestazioni di medicina complementare prenotando le prestazioni presso il Centro Unico Prenotazione (CUP Aziendale).

Il Ce.S.M.I. di Cividale, può essere il primo e unico ospedale del servizio sanitario pubblico della Regione F.V.G. che eroga CAM per i pazienti ricoverati.

Il progetto è reso possibile dall'emanazione di una Legge Regionale che riconosca le Medicine Complementari come medicine del servizio sanitario regionale pubblico, in analogia con quanto già realizzato dalla Regione Toscana.

Si tratta di un progetto sperimentale che la regione Friuli Venezia Giulia avvia per scopi di ricerca scientifica finalizzata a studiare in un reparto ospedaliero un modello di Medicina Integrata caratterizzato dall'alleanza terapeutica tra biomedicina e CAM secondo i principi dell'approccio interdisciplinare alla cura. Secondo questo modello i medici ortodossi e i medici esperti in CAM collaborano insieme individuando percorsi terapeutici condivisi in patologie ritenute suscettibili di terapia integrata ed a misurare l'efficacia delle CAM per il miglioramento della qualità della vita, la riduzione dei sintomi clinici delle malattie croniche; la riduzione degli effetti collaterali dei farmaci chimici usati nelle malattie croniche grazie all'integrazione delle cure; la riduzione della spesa farmaceutica.

Il progetto può trovare riconoscimento con la collocazione all'interno del programma "CAMbrella" della Comunità Europea.

### **Il percorso terapeutico**

Ai pazienti è offerta la possibilità di scegliere di essere curati secondo un approccio integrato. sono quindi proposte assieme alle terapie tradizionali, con un approccio interdisciplinare, diagnostico e terapeutico finalizzato alla scelta curativa più efficace in termini di qualità della vita, benessere e salute.

Si ricorre a prestazioni integrate per la cura di patologie di varia natura, anche non lievi, come ad esempio per il trattamento delle malattie reumatiche croniche, per gli esiti di traumi e di ictus, nella riabilitazione ortopedica e neurologica, per la cura della psoriasi e per le dermatiti allergiche, in caso di asma o di insufficienza respiratoria o per contrastare gli effetti collaterali della chemioterapia, nella terapia del dolore cronico.

In un secondo tempo, la possibilità di accedere alle cure pagando soltanto il ticket regionale può facilitare l'accesso alla medicina integrata ad un ampio numero di pazienti. Ad esempio, a Pitigliano sono gratuiti anche i medicinali (quelli omeopatici, per esempio) erogati ai pazienti in ricovero o ai dimessi nell'ambito del primo ciclo terapeutico.

Volendo avere un dato di ritorno dell'efficacia possiamo fare parziale riferimento a quanto realizzato in Toscana:

- una riduzione dal 47% al 2% del dolore limitante l'attività lavorativa (con valori sovrapponibili per entrambe le discipline);
- un aumento dal 55% al 90% nel recupero della funzionalità neuromotoria dopo ictus o gravi interventi ortopedici;

- una riduzione dall'82% al 13% del consumo di farmaci convenzionali antidolorifici (nella sola struttura di recupero di Manciano).

## **2. Centro diagnosi e cura Sindrome di burnout**

Nell'anno 2012 il Servizio Sanitario Regionale a fronte di n. **20.292** addetti si rilevano n. **170.549** giornate di assenza per malattia. Tali assenze ed il relativo costo sono, in parte significativa, attribuibili all'affaticamento psico-fisico degli operatori sanitari.

Il **burnout** è generalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate (possiamo considerarlo come un tipo di stress lavorativo). Generalmente nasce da un deterioramento che influenza valori, dignità, spirito e volontà delle persone colpite.

È una malattia in costante e graduale aumento tra i lavoratori dei paesi occidentalizzati a tecnologia avanzata, ciò non significa che qualcosa non funziona più nelle persone, bensì che si sono verificati cambiamenti sostanziali e significativi sia nei posti di lavoro sia nel modo in cui si lavora.

### **La sintomatologia**

La sindrome è caratterizzata da manifestazioni quali nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità delle persone, sia tra di loro sia verso terzi; si distingue dallo stress, (concausa del burnout), così come si distingue dalla nevrosi, in quanto non disturbo della personalità ma del ruolo lavorativo. Dal punto di vista clinico (psicopatologico) i sintomi del burnout sono molteplici, richiamano i disturbi dello spettro ansioso-depressivo, e sottolineano la particolare tendenza alla somatizzazione e allo sviluppo di disturbi comportamentali.

### **SINTOMI DELLO STRESS LAVORATIVO**

1. Alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno
2. sensazione di fallimento
3. rabbia e risentimento
4. senso di colpa e disistima
5. scoraggiamento ed indifferenza
6. negativismo
7. isolamento e ritiro (disinvestimento)
8. guardare frequentemente l'orologio
9. notevole affaticamento dopo il lavoro
10. perdita di sentimenti positivi verso gli utenti
11. rimandare i contatti con gli utenti, respingere le telefonate dei clienti e le visite in ufficio
12. avere un modello stereotipato degli utenti
13. incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo
14. sensazione di immobilismo
15. seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate
16. problemi d'insonnia
17. evitare discussioni di lavoro con i colleghi
18. preoccupazione per sé
19. maggiore attuazione di misure di controllo del comportamento con utilizzo di tranquillanti
20. rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento
21. sospetto e paranoia
22. eccessivo uso di farmaci
23. conflitti coniugali e famigliari
24. alto assenteismo

### ***Sintomi fisici***

- stanchezza
- necessità di dormire
- irritabilità
- dolore alla schiena
- cefalea
- stanchezza agli arti inferiori
- dolori viscerali
- diarrea
- inappetenza
- nausea
- vertigini
- dolori al petto
- alterazioni circadiane
- crisi di affanno
- crisi di pianto

### ***Sintomi psichici***

- stato di costante tensione
- irritabilità
- cinismo
- depersonalizzazione
- senso di frustrazione
- senso di fallimento
- ridotta produttività
- ridotto interesse verso il proprio lavoro
- reazioni negative verso familiari e colleghi
- apatia
- demoralizzazione
- disimpegno sul lavoro
- distacco emotivo

### **Cosa fare praticamente**

Riconoscere la sindrome del burnout non è così facile, spesso si tende a ricondurre il tutto come un problema dell'individuo e non del contesto lavorativo nel suo insieme.

Le organizzazioni quasi sempre ignorano questo problema e questo rappresenta un errore molto pericoloso, in quanto il burnout può incidere pesantemente sull'economia dell'intera organizzazione. La risoluzione del fenomeno burnout dovrebbe essere affrontata sia a livello organizzativo che a livello individuale, l'organizzazione che si assume la responsabilità di affrontare il burnout, lo può gestire garantendosi un personale produttivo nel tempo.

### **Istituzione del Centro di riferimento per diagnosi e cura del burnout**

Appare in tutta evidenza la necessità di istituire, a livello regionale, un Centro di riferimento per il burnout, reso indispensabile da un dato incontrovertibile: l'età media del personale sanitario è in costante aumento.

Il costo umano ed economico del progressivo deterioramento psico-fisico degli operatori è elevato.

Eppure poco si è fatto per prevenire l'insorgenza di questa sindrome.

Il Ce.S.M.I. di Cividale, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, può essere una risposta, seppure parziale, alla sempre maggiore richiesta di aiuto che in forma mascherata, più che palese, proviene da ampi settori del S.S.R.

L'attivazione di convenzioni con docenti ed Università che hanno avviato progetti di ricerca in tale ambito rende il progetto particolarmente attrattivo.

E' infatti possibile ipotizzare che, al di fuori dell'ambito sanitario, alle attività del Centro burnout possano essere interessate anche aziende private che vogliano mettere a disposizione dei propri dipendenti attività che consentano di mantenere alta la performance senza decremento della qualità della vita personale.

Inoltre il Servizio può arricchirsi di facilitatori per la consulenza nel lavoro di rete in comunità, con la finalità di favorire la presa in carico di problemi sociali con il coinvolgimento di soggetti attivi segnalatori di criticità, i quali diventano a loro volta operatori del cambiamento integrandosi con gli operatori (assistenti sociali, medici, psicologi, etc).

## CONCLUSIONI

Questo documento, che vuole essere impulso per un ripensamento complessivo delle funzioni, del ruolo, del destino della struttura sanitaria cividalese, seppure corposo, non esaurisce l'analisi dell'esistente e non può essere progettualmente esaustivo.

Certamente offre una prospettiva nuova in un momento particolarmente delicato per il sistema sanitario locale nonché regionale.

In sintesi propone la realizzazione di una struttura innovativa ad altra integrazione:

- a) ospedale/territorio
- b) medicina convenzionale/medicina complementare
- c) presa in carico del paziente/presa in carico dell'operatore/presa in carico della comunità
- d) promozione della salute/prevenzione delle malattie/diagnosi-cura-riabilitazione

Prevede:

- il mantenimento delle funzioni e dei servizi originali, con parziale rimodulazione
- dell'area dei servizi ospedalieri
- istituzione della Casa della Salute
- istituzione del Servizio di Medicina complementare
- istituzione del Centro burnout – lavoro di rete in comunità

Questo progetto vuole essere una sfida alla politica ed agli operatori sanitari, perché nei momenti di crisi possiamo arrenderci e subire passivamente gli eventi, oppure possiamo mettere a disposizione risorse di competenze intellettuali, tecniche ed emotive per ripensare non solo i servizi ma l'intero approccio alla salute ed alla malattia.