

Congresso

Attualità in medicina interna.
La medicina interna nel contesto attuale

Padova 17 Aprile 2009
Aula Morgagni – Policlinico Universitario

I rapporti dell'ospedale con il territorio

Maurizio Benato



Il rallentamento nei processi di accumulazione
della ricchezza sta mettendo in crisi lo stato sociale
(Welfare State)



Il sistema socio-sanitario è oggi interessato da uno scenario riconducibile:

- all'aumento esponenziale della popolazione anziana
- all'intenso e vorticoso divenire del progresso scientifico e tecnologico;
- all'aumento progressivo e consistente delle aspettative di salute individuali

Si impone:

- una ridefinizione dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria e sociale (LEAS)
 - la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS);
 - un nuovo rapporto territorio-ospedale.
-
-

Occorre una inversione del processo assistenziale alla persona.

Occorre sviluppare la continuità assistenziale e una rete socio-sanitaria per mezzo di:

- sistema delle assistenze domiciliari;
- sistema delle assistenze ambulatoriali;
- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere;
- sistema delle assistenze residenziali ospedaliere.

La programmazione deve basarsi sulla epidemiologia della popolazione di riferimento.



I dati della Medicina generale

- 11.000 accessi di media l'anno di cui circa seimila a carattere medico e cinquemila di tipo infermieristico (medico con 1500 assistiti).
 - 25% del totale le prestazioni per nuovi problemi .
 - 8.000 prestazioni per situazioni e malattie già diagnosticate (controlli di malattie acute che esiteranno in guarigione, prestazioni reiterate per malattie ad andamento cronico).
-
-

- 45% (Osteomioarticolare, medicina preventiva e cardiovascolare);
 - 1000 mille prestazioni domiciliari (9% di tutte le prestazioni erogate);
 - Le prestazioni pneumologiche (28%), le cardiovascolari (26%), rappresentano il 54% del totale del lavoro a domicilio.
-
-

Gli esami di laboratorio sono l'8% di tutte le prestazioni

- 37% richieste per motivi preventivi;
 - 18% malattie endocrine in prevalenza per diabete mellito e malattie tiroidee;
 - 9% gli esami prescritti per malattie epato-gastroenterologiche (in gran parte follow up delle epatiti croniche e dei portatori di HBV e HCV);
 - 6% i problemi uronefrologici (in gran parte esami urine e urinocolture);
 - 6,5% la medicina della donna.
-
-

- 6,5% gli esami strumentali
- 2,6% le visite specialistiche



L'attività del medico di medicina generale si caratterizza per questi dati:

- l'altissimo numero di contatti con la popolazione;
- l'attività di prevenzione: quasi 16 prestazioni su 100 sono di medicina preventiva e di queste più di 1 su 5 è rivolta alla persona sana;
- la preponderante attività clinica, con quasi 5.000 visite e più di 4.500 colloqui;
- su 100 prestazioni: 8 richieste di esami di laboratorio, 6 esami strumentali, 2,6 visite specialistiche.

Da tenere presente

- emerge una Patologia Medica diversa da quella insegnata nel corso di laurea e che il medico di famiglia ha dovuto imparare a gestire sul campo con un processo di formazione continua che non trova pari nelle altre branche mediche;
 - la Medicina Generale è una disciplina autonoma con i suoi tempi, le sue modalità di intervento, i suoi strumenti diagnostici, i suoi contenuti precisi e concreti, che non possono essere delegati perché non trovano competenze nel settore specialistico accademico;
 - la medicina generale è un “*primo livello*”, non è un “*filtro*” se non per quelle forme morbose che necessitano di abilità e conoscenze particolari.
-
-

				media: ricoveri per acuti in regime ordinario - Anno 2005	% sul totale	degenza media gg		
196	Gravidanza e/o parto normale	250.550	3,1	3,8				
101	Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache			220.9932,7	6,2			
108	Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione			188.287	2,3	9,6		
149	Malattie delle vie biliari	159.512	2,0	7,5				
45	Chemioterapia e radioterapia	148.961	1,8	4,8				
106	Aritmie cardiache	142.106	1,7	5,3				
143	Ernia addominale	139.075	1,7	4,1				
122	Polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	134.139	1,6	10,5				
109	Vasculopatie cerebrali acute	132.835	1,6	11,3				
100	Infarto miocardico acuto	119.685	1,5	8,1				
127	Malattie polmonari croniche ostruttive e bronchiectasie			112.255	1,4	9,4		
195	Altre complicanze del parto e del puerperio che comportano un trattamento della madre	110.845	1,4	5,4				
131	Insufficienza respiratoria, arresto respiratorio (adulti)			106.851	1,3	12,3		
203	Osteoartrosi	106.436	1,3	9,7				
225	Disturbi articolari e lussazioni da trauma	102.427		1,3	2,7			
229	Fratture degli arti superiori	99.285	1,2	4,4				
205	Spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso			97.376	1,2	6,5		
230	Fratture degli arti inferiori	96.057	1,2	7,6				
47	Altri e non specificati tumori benigni	91.208		1,1	5,6			
226	Frattura del collo del femore	87.757	1,1	13,6				
160	Calcolosi delle vie urinarie	87.096	1,1	4,5				
211	Altre malattie del tessuto connettivo	83.858		1,0	3,7			
134	Altre malattie delle vie respiratorie superiori	76.263		0,9	3,3			
86	Cataratta	76.235	0,9	1,9				
251	Dolore addominale	72.875	0,9	3,6				

L'ottimizzazione del rapporto territorio – ospedale

La reciproca integrazione dovrebbe

- enfatizzare la promozione della salute e della prevenzione;
 - essere fornita in maniera tempestiva;
 - ottenere la partecipazione informata del paziente;
 - basarsi su accettabili principi scientifici;
 - essere fornita con attenzione al benessere del paziente;
 - fare efficiente uso della tecnologia;
 - essere sufficientemente documentata per permettere la continuità dell'assistenza e la revisione tra pari .
-
-

L'integrazione deve configurarsi in termini di complementarità pianificata e organizzata di interventi afferenti a competenze istituzionali e/o ad ambiti assistenziali o professionali distinti.



INTEGRAZIONE

L'OMS:

la continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale.



INTEGRAZIONE

La Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, la continuity of care:

è una componente della qualità dell'assistenza e consiste nella misura in cui l'assistenza necessaria ad un paziente è coordinata tra le varie figure cliniche, attraverso l'organizzazione nel tempo.

L'integrazione si attua definendo in modo chiaro le competenze e le responsabilità, sia nel territorio che nell'ospedale:

- superando la frammentazione e l'erogazione di prestazioni, come forma di risposta ai bisogni di salute, privilegiando la realizzazione di percorsi assistenziali integrati;
- con il sistema degli obiettivi aziendali;
- attraverso eventi formativi multidisciplinari e trasversali, tra ospedale e territorio e condividendo procedure e strumenti operativi.

L'integrazione propone e richiede:

- la costituzione di centri cure intermedi (sedi di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semi-residenziali);
- la garanzia della continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera per favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;
- il rafforzamento di questa area assistenziale per favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri.

Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie è la chiave di volta della continuità assistenziale.

Deve essere e diventare questo uno specifico livello essenziale di assistenza cui dovrà afferire la maggioranza delle patologie la cui “presa in carico” deve essere compito del medico di famiglia.



OCCORRE

- avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale
- una concreta attuazione della rete extraospedaliera sia per l'assistenza intensiva che estensiva (RSA, NRSA, Case di riposo per anziani non autosufficienti, *hospice*, ecc.);
- il potenziamento dell'organizzazione per le attività psichiatriche, il potenziamento dell'assistenza specialistica (liste di attesa), obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio).

IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

- Rappresenta l'armonica integrazione di servizi e funzioni presenti sul territorio, legate al domicilio e all'erogazione di cure della salute delle persone, alla prevenzione delle malattie, all'assistenza a domicilio, alla cura delle cronicità e disabilità;
 - non può essere in tale contesto una componente ideologica dei sistemi sanitari, (come sostenuto in passato);
 - è l'insieme di funzioni cliniche, sociali e assistenziali legate alla salute delle persone e delle comunità.
-
-

IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Deve essere fondato su principi e regole:

- Di efficienza allocativa (le cure primarie consentono la liberazione di risorse specialistiche);
 - di efficienza organizzativa ed erogativa (le cure primarie offrono servizi e cure dove si generano i bisogni) per evitare la dispersione dell'erogazione, causa di costi indiretti e sociali);
 - di efficienza clinica (una eccellente organizzazione dei processi di cura produce tassi di salute e di *outcomes* in grado di modificare in maniera sostanziale i profili di morbilità e mortalità delle patologie acute e croniche più frequenti).
-
-

LA RIORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO

CASE DELLA SALUTE: insieme di attività polispecialistiche organizzate in aree di intervento integrate tra loro in cui si prende in carico il cittadino per tutte le attività socio-sanitarie.

FORME ASSOCIATIVE: sono forme di erogazione delle prestazioni di medicina generale propriamente dette e tra medici di famiglia. Possono essere in associazione, in gruppo e in rete.

ASSISTENZA H24: organizza l'assistenza di emergenza-urgenza nei casi meno gravi (codici bianchi) per migliorare l'assistenza sul territorio e alleggerire l'ospedale di prestazioni



ASSISTENZA “H 24”

- modello organizzativo in grado di assicurare la disponibilità «h24» dei dati del paziente, mediante la messa in rete di *data set* condivisi e aggiornati sulla situazione clinica e sociale;
 - coinvolgimento di tutti i coattori aziendali (ospedalieri e territoriali) nell'educazione del paziente a un utilizzo della gradualità delle risposte garantite dal Ssn;
 - configurazione di strumenti di tracciabilità dei percorsi dell'utenza, così da responsabilizzare tutti gli attori al corretto assolvimento dei rispettivi ruoli.
-
-

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

- superare la situazione di eccesso di strutture ospedaliere che erogano i medesimi servizi (la struttura ospedaliera deve evolvere sempre di più verso un centro di servizi e sempre di meno verso un centro di degenze);
 - fondamentale è la definizione del modello di ospedale dei prossimi decenni, (in grado di rispondere compiutamente e completamente agli indispensabili criteri di sicurezza e principi di qualità delle prestazioni erogate e in possesso dei requisiti/standard strutturali, organizzativi);
 - solo ospedali per acuti con urgenze, dotati di elevate tecnologie e competenze professionali (in poche sedi per il trattamento delle malattie acute) con strutture intermedie a forte integrazione socio-sanitarie per le cure di patologie croniche.
-
-

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Le strutture intermedie: ospedale di Comunità

- è una struttura sanitaria in grado di seguire una quota di popolazione in regime residenziale e semiresidenziale;
 - possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero propriamente detto e le altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA);
 - è in stretto rapporto di collaborazione funzionale per costruire una rete di servizi sanitari extra ospedalieri mirata sulle problematiche degli anziani.
-
-

Un sistema di tal genere fonda il proprio successo su una potente infrastruttura informativa in grado di riconoscere, valutare e premiare l'eccellenza nel raggiungimento degli obiettivi tra unità di cura e professionisti inseriti.

