

PROPOSTE DELL'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO E PROVINCIA ALLA REGIONE PIEMONTE IN MATERIA DI CURE A LUNGO TERMINE (LTC): REVISIONE POST- COVID

Il testo del presente documento è stato approvato dal Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Torino nella seduta del 23 novembre 2020.

L'Ordine dei medici di Torino e Provincia Torino in più occasioni ha affrontato il tema degli anziani malati cronici polipatologici non autosufficienti, predisponendo documenti (in particolare quelli approvati il 6 luglio 2015 e il 21 marzo 2016) (1), istituendo il gruppo di lavoro Unità di valutazione geriatrica (Uvg) - Opposizione alle dimissioni e approntando un recente documento "Proposte. Ordine dei medici di Torino e Provincia Torino in materia di Assistenza a Lungo Termine", approvato dal Consiglio dell'Ordine il 25 novembre 2019 e trasmesso alla Regione Piemonte in data il 18 febbraio 2020. La drammatica situazione emersa durante l'epidemia Covid ha evidenziato le gravi difficoltà del nostro Sistema sanitario a rispondere adeguatamente ad emergenze impreviste, in particolare nelle Residenze sanitarie assistenziali – Rsa, dove si sono concentrate le situazioni più drammatiche. L'esperienza di quei terribili mesi, e quella che sta evidenziandosi in questo ultimo periodo con la seconda ondata, ha confermato la validità ed attualità dei principi contenuti nei documenti ordinistici sopra richiamati, in particolare dell'indifferibilità delle cure e dell'importanza dell'assistenza domiciliare, e rende necessario rivedere le proposte del nostro precedente documento di proposte, per aggiornarle ed integrarle.

Un recente articolo pubblicato da *Quotidianosanità.it* (l'8 giugno 2020, autori: G.

Fornero, R. Zerbi, G. Cavallero) evidenzia i seguenti dati:

- La spesa pubblica o a seguito di assicurazione obbligatoria per Assistenza a lungo termine (comprese entrambe le componenti di assistenza sanitaria e sociale) è intorno a 1,7% del Pil, Prodotto interno lordo, nei paesi dell'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) (2), mentre in Italia nel 2017 risulta essere 0,6% del Pil, quindi solo un terzo.

- La nostra spesa sanitaria pro-capite è del 15% inferiore alla media dei paesi Ocse e il tasso medio annuale di crescita della spesa sanitaria negli anni 2009-2016 è stato negativo (-0,3%), mentre, nella media dei paesi sviluppati, è stato positivo (+1,4%). Stiamo spendendo sempre meno, ormai da anni il trend è in discesa.

- In Italia nel 2017, il numero di posti-letto ospedalieri era del 32% inferiore alla media dei paesi sviluppati.

- In media nei paesi Ocse, nel 2017, c'erano 47,2 posti-letto Long Term Care (LTC) per 1000 persone di età pari o superiore a 65 anni; in Italia, sempre nel 2017, vi erano 19,2 posti-letto LTC per 1 000 persone di età pari o superiore a 65 anni: meno della metà di quanto avviene negli altri paesi sviluppati;

- Nel 2016, poco più del 20% delle famiglie dell'Unione europea con persone bisognose di aiuto per problemi di salute a lungo termine utilizzava servizi di assistenza domiciliare professionale. L'Italia si fermava al 12%.

L'Ocse ha ritenuto di inviare all'Italia un allarme: "Long term care for elderly should be more

(1) Cfr. gli articoli "Documento dell'Ordine dei Medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti" e "Ordine dei Medici, fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: 'Sono indifferibili e di competenza sanitaria'" pubblicati rispettivamente su *Prospettive assistenziali* n. 191, 2015 e 193, 2016.

(2) L'Ocse, che ha sede a Parigi, conta attualmente 36 paesi membri: Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria.

routinely available” (3). (Health at a Glance 2019, OECD Indicators, pubblicato il 7 novembre 2019)

Tra le conseguenze più rilevanti in Italia delle carenze indicate, vi è il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza [*i cosiddetti Pronti Soccorso*], un fenomeno diffuso in molti Paesi sviluppati, soprattutto nelle aree metropolitane. La ragione principale non è tanto l'accesso inappropriato in Pronto Soccorso, quanto il «blocco dei trasferimenti» ai reparti per i pazienti da ricoverare in urgenza, blocco conseguente alla carenza recettività degli ospedali e dell'intero sistema sanitario.

Il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati, è dovuto in Italia alla riduzione dei posti-letto ospedalieri, non accompagnata dal sufficiente potenziamento delle cure domiciliari e residenziali in continuità assistenziale sanitaria e sociosanitaria per i pazienti cronici poli-patologici non autosufficienti.

La riduzione dei posti letto ospedalieri e la concomitante carenza dei servizi sanitari domiciliari hanno provocato una situazione critica nella sanità pubblica, in particolare per l'assistenza degli anziani malati cronici polipatologici non autosufficienti: dimissioni dall'ospedale non “protette” da percorsi integrati ospedale-territorio, periodi di ricovero nelle lungodegenze o riabilitazioni predeterminate nella durata con proseguimento delle cure esclusivamente a pagamento, inserimento nelle Rsa di ospiti sempre più gravi e multiproblematici.

In particolare su quest'ultima situazione è necessario soffermarci. Da qualche anno a questa parte si è infatti modificata la tipologia degli ospiti inseriti nelle residenze sanitarie: da anziani pauciproblematici, necessitanti di assistenza alberghiera e tutelare più che sanitaria, oggi gli ospiti delle Rsa sono sempre più gravi, portatori di numerose patologie croniche (ma anche acute e subacute) e richiedenti assistenza sanitaria complessa (per esempio gestione peg, urostomie, ossigenoterapia, etc). Il modello organizzativo e gli standard assistenziali della Delibera della Giunta regionale n. 45 del

2012, parametrati alla situazione dell'epoca (massimo 180 minuti al giorno di assistenza complessiva infermieristica, riabilitativa e tutelare per ospite in fascia alta incrementata), oggi sono insufficienti vista la modifica della tipologia di ospiti, e si sono mostrati inadeguati a gestire l'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia Covid.

Sarà necessario modificare sostanzialmente, o addirittura revocare, la Delibera della Giunta regionale n. 45 del 2012 e ridisegnare dal punto di vista normativo le Residenze sanitarie assistenziali, adeguandole alla realtà odierna e ai nuovi bisogni sociosanitari, prevedendo, in linea con le attuali tipologie di ospiti e le moderne esigenze:

- Standard assistenziali aumentati.
- Standard strutturali e impiantistici adeguati (ossigeno centralizzato, telecamere, impianto di condizionamento senza ricircolo interno, obbligo di camere singole o per nuclei familiari, etc.).
- Percorsi interni distinti sporco-pulito già predisposti, non solo per Covid-no Covid ma anche per altre patologie infettive occasionalmente riscontrabili (scabbia, clostridium, etc.), nella prospettiva di fronteggiare rapidamente eventuali scenari di future nuove pandemie.
- La garanzia dell'erogazione nelle Rsa delle prestazioni riabilitative, di terapia del dolore e palliativa a tutti gli infermi che ne abbiano necessità.
- Il riconoscimento inequivocabile che le attività sanitarie accreditate/convenzionate (e quindi anche le Rsa convenzionate), nei doveri ma anche nei diritti, fanno parte a pieno titolo del Servizio sanitario nazionale, in quanto remunerate con il Fondo sanitario nazionale.
- Presenza giornaliera, anche nelle piccole strutture, a prescindere dalle fasce assistenziali degli ospiti, di almeno un medico, oltre al Direttore sanitario, e conseguente revisione dell'attuale accordo dei Medici di medicina generale, con affidamento ai Medici di medicina generale operanti in Rsa dei pazienti convenzionati e privati con modalità omogenee da stabilirsi.
- Predisposizione di protocolli con il Distretto o l'Ospedale per l'assistenza medica specialistica, anche attraverso l'adozione di tecnologie innovative per la rilevazione, il monitoraggio, la

(3) “La cura a lungo termine per gli anziani dovrebbe essere molto più disponibile di routine”.

diagnosi e il trattamento a distanza delle patologie, onde evitare laddove possibile il trasporto degli ospiti fuori dalla struttura e limitare l'accesso ai Pronti Soccorso.

- Adozione di cartella clinica informatizzata in tutte le Rsa, possibilmente omogenea sul territorio e collegata con gli altri servizi sanitari regionali.

- Aumento della quota sanitaria giornaliera riconosciuta dal Servizio sanitario nazionale, ferma da moltissimi anni e inadeguata alle attuali esigenze e alle innovazioni sopra proposte, e revisione delle modalità di ripartizione della retta fra sanitaria ed alberghiera (oggi 50% e 50%): quest'ultima dovrebbe essere modulabile, in base alle singole situazioni, garantendo a tutti gli anziani non autosufficienti che lo necessitino per motivi sanitari l'inserimento immediato in Rsa, a prescindere dalla situazione sociale (la Delibera di Giunta regionale 14 del 2013 prevede differente tempo di risposta alla domanda di inserimento in base alla somma dei punteggi sociale e sanitario).

La riduzione dei posti letto ospedalieri avrebbe dovuto essere accompagnata, anzi, preceduta, dal potenziamento del territorio e principalmente dallo sviluppo della presa in carico domiciliare per gli ammalati cronici polipatologici non autosufficienti. Purtroppo, questo non è avvenuto, e le prestazioni domiciliari, nonostante sui documenti di programmazione nazionale e regionale vengano sempre considerate prioritarie, in realtà oggi sono marginali e trascurate.

Molte famiglie, se messe in condizione di poterlo fare, sarebbero disponibili a mantenere a casa l'anziano non autosufficiente, potendo contare su un servizio sanitario e sociale integrato di tutela o, in mancanza, almeno su un contributo economico (ad es. l'assegno di cura, per assumere un aiuto per qualche ora al gior-

no) e su personale qualificato medico e infermieristico (es. Adi, ospedalizzazione a domicilio, Oss) che giornalmente (compreso nei festivi) o in emergenza intervenga a domicilio per controllare il paziente e tranquillizzare il caregiver.

Lasciati da soli, invece, i familiari quando non riescono più a far fronte alle necessità dell'anziano cronico polipatologico non autosufficiente, trovano come unica soluzione quella di portarlo in Pronto Soccorso, con grave nocumento dell'anziano stesso, che fuori dal suo ambiente domestico si disorienta e peggiora il suo stato psichico, e sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza.

È necessario sostenere un ruolo sempre più rilevante della medicina del territorio, con Medici di Medicina generale orientati alla presa in carico proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite i servizi di prossimità e la partecipazione attiva delle persone assistite, delle famiglie, dei caregiver e delle loro Associazioni, per disegnare al meglio la organizzazione, la fruizione diretta dei servizi per la salute e la pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell'assistenza. Servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari devono far parte del medesimo percorso integrato, facilmente accessibile da chi ne ha la necessità. In particolare è di importanza chiave formalizzare un adeguato progetto per l'innovazione e lo sviluppo integrato della residenzialità e delle cure domiciliari per le persone malate non autosufficienti, con soluzioni per l'e-health come applicazione di tecnologie ICT nella gestione dei processi sanitari, nella telemedicina e tele monitoraggio, allo scopo di supportare l'accessibilità delle informazioni e dei servizi sanitari, il decentramento della cura, la razionalizzazione delle risorse ed il miglioramento dei percorsi assistenziali, compresa la formazione dei caregiver.