

**APPLICARE LE DELIBERE 72/2004 E 27/2012 DELLA REGIONE PIEMONTE:
UNA RISPOSTA ALL'INTASAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO, NEL RISPETTO
DEL DIRITTO ALLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA DELLE PERSONE COLPITE
DA MALATTIE E/O DISABILITÀ INVALIDANTI E DA NON AUTOSUFFICIENZA**

Torino, 4 febbraio 2015

In mezzo al clamore suscitato – come periodicamente accade – dall'intasamento dei Pronti soccorso regionali è mancato sui mezzi di comunicazione e nelle dichiarazioni degli intervistati delle scorse settimane, sia operatori sia esponenti della politica e dell'Amministrazione regionale, qualsiasi riferimento alla normativa regionale ed in particolare alla delibera 72 del 2004 della Giunta regionale del Piemonte. Questo provvedimento, tutt'ora in vigore, definisce il «*Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente*», per esempio persone colpite da demenza senile o da disabilità invalidanti e limitata o nulla autonomia o casi psichiatrici con analoga compromissione dell'autosufficienza.

Si tratta di persone che in TUTTI I CASI, per la loro situazione di salute talmente compromessa da aver portato alla non autosufficienza, necessitano di interventi non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza (e per le quali valgono le osservazioni dell'allegata nota del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e della Fondazione promozione sociale onlus: «*Sulle condizioni di assoluta emergenza e urgenza degli anziani malati cronici non autosufficienti, delle persone colpite da demenza senile e dei soggetti con disabilità invalidanti e limitata o nulla autonomia*»). **Pertanto il loro accesso al Pronto soccorso, che in questi giorni si è verosimilmente verificato nel complesso degli accessi registrati, è assolutamente legittimo e non provoca situazioni negative per gli altri pazienti.**

Il paziente anziano malato cronico non autosufficiente che si presenta in Pronto soccorso necessita della stessa attenzione e presa in carico di qualsiasi altro paziente (giovane o anziano, malato cronico o acuto, autosufficiente o no) e deve aver garantite cure ospedaliere fino alla completa risoluzione o stabilizzazione del problema che lo ha condotto in Pronto soccorso, senza che i percorsi facilitati verso setting di cura alternativi (ma ad intensità diagnostico terapeutica inferiore) determinino la sottovalutazione sulla completezza delle cure e della diagnosi.

Immediato trasferimento in Rsa

La sopracitata delibera stabilisce che al percorso di continuità terapeutica¹ si accede attraverso: «a) il Pronto Soccorso. Il medico che si trova in presenza di un paziente le cui caratteristiche rientrano nei Criteri di cui all'allegato B² (pazienti anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente, ndr): - *verifica la disponibilità di un posto di pronta accoglienza per l'erogazione delle prestazioni necessarie presso*

¹ Usiamo il termine "terapeutica", invece di "assistenziale", per evidenziarne l'oggettiva valenza sanitaria.

² L'allegato B della delibera 72/2004 2004, intitolato «Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso diretto pronto soccorso» – territorio», è parte integrante di essa. Ne riportiamo qui per intero il testo: «*Allegato B: CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PERCORSO DIRETTO PRONTO SOCCORSO - TERRITORIO Possono essere inclusi nel percorso di continuità assistenziale i pazienti anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente:*

1) *con autosufficienza compromessa in modo anche temporaneo;*

2) *che si presentano in Pronto Soccorso con un problema sanitario che potrebbe essere gestito in modo efficace ed appropriato anche in sede non ospedaliera; con esclusione assoluta di criticità clinica attuale o potenziale;*

3) *Non rinviabili al domicilio per:*

- *problemi legati al paziente (es. impossibilità ad assumere correttamente la terapia);*

- *problematiche socio assistenziali od ambientali (paziente che vive solo; paziente che vive con un care giver non affidabile, domicilio non adeguato ecc...);*

- *cure sanitarie non immediatamente attivabili al domicilio».*

Residenze sanitarie assistenziali o Ospedali di Comunità, nei quali precedentemente sono stati individuati posti letto all'uopo dedicati, aggiuntivi rispetto a quelli destinati alla residenzialità per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, e attiva l'immediato trasferimento».

Nuclei ospedalieri di continuità assistenziale

Ferma restando, quando praticabili, la priorità delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari (prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative a totale carico della sanità e rimborso forfettario del 50% delle spese per le prestazioni di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» di cui i congiunti del malato si fanno volontariamente carico), l'attivazione del percorso di continuità terapeutica, dai reparti dell'ospedale, come dal Pronto soccorso, è previsto in carico al Nucleo ospedaliero di continuità delle cure che, come previsto dalla delibera 27/2012 della Giunta regionale del Piemonte, si rapporti per il percorso di continuità «con la centrale operativa del 118 da un lato e con il Nucleo distrettuale di continuità assistenziale dall'altro». Occorrerebbe in questo contesto valutare la previsione di un unico nucleo territoriale di continuità delle cure per ogni Asl (anziché numerosi nuclei distrettuali), soluzione che porterebbe a risparmi di risorse, miglior utilizzo di personale e omogeneità del servizio.

L'attivazione del percorso di continuità terapeutica deve essere disposta «soprattutto nei casi in cui vi sia la necessità di un approfondimento, sia da parte dei sanitari che dei familiari, per definire il percorso di cura più appropriato» attraverso «l'intervento dei già previsti Nuclei ospedalieri di continuità delle cure (Nocc), per il necessario raccordo con i nuclei territoriali di continuità delle cure (Ndcc), affinché siano garantite le prestazioni occorrenti»³.

Valutazione Uvg successiva

Tale percorso può essere svolto in tempi brevissimi e non necessita della valutazione del paziente da parte dell'Unità di valutazione geriatrica – Uvg. Toccherà infatti al Nucleo territoriale di continuità delle cure (ex Centrale operativa per la continuità assistenziale) fare quanto previsto dalla stessa delibera 72: «- attivare l'Unità di Valutazione Geriatrica per valutare le condizioni dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e definire entro 7 giorni (...), l'eventuale successivo percorso; - attivare l'Unità di valutazione geriatrica per effettuare le valutazioni, entro tre giorni lavorativi dalla segnalazione, al fine di individuare congiuntamente con i medici ospedalieri ed il Medico di medicina generale il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale ai pazienti ricoverati», nonché «gestire il rapporto con i soggetti erogatori territoriali (servizio cure domiciliari, comuni/enti gestori, associazioni di volontariato...), Medici di medicina generale».

Continuità delle cure in capo all'Asl

Nella circolare del 4 marzo 2014, n. prot. 5081, il Direttore della sanità della Regione Piemonte, Sergio Morgagni, ha evidenziato la necessità che la Regione «garantisca ai cittadini il cosiddetto "percorso di continuità assistenziale" attraverso la presa in carico del paziente da parte delle Aziende sanitarie locali di residenza dell'assistito e degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti» evidenziando che «il compito di governare il percorso di continuità assistenziale sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso».

I percorsi di deospedalizzazione protetta

Nell'attuale panorama, «una proposta che potrebbe coniugare i bisogni di cura dei malati anziani non autosufficienti con problemi complessi e le esigenze di utilizzo appropriato delle risorse è la deospedalizzazione protetta, che risponde in modo più appropriato a questi pazienti sia sotto il profilo clinico, sia dal punto di vista sociale, economico e relazionale. Essi, pur non richiedendo livelli terapeutici intensi, comunque non possono essere dimessi dall'ospedale senza la garanzia della continuità delle cure.

³ «La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile», allegato documento del convegno dal medesimo titolo organizzato dalla Società italiana di gerontologia e geriatria (sezione Piemonte e Val d'Aosta) e dalla Fondazione promozione sociale onlus il 27 giugno 2014 presso la Città della salute e della scienza – ospedale Molinette, Torino.

La deospedalizzazione protetta dovrebbe costituire un “ponte” di collegamento con il territorio e consentire di costruire con i familiari di riferimento il progetto di cura e assistenza più adeguato alle esigenze del malato: rientro a domicilio oppure trasferimento in un ricovero definitivo in una Rsa. La de-ospedalizzazione protetta dovrebbe sostituirsi alle lungodegenze delle case di cura private convenzionate, con l’obiettivo di ridurre anche i costi e la durata delle cure, fornendo le necessarie prestazioni ai malati e le opportune informazioni ai loro congiunti.

Pertanto le strutture di de-ospedalizzazione protetta dovrebbero essere istituite preferibilmente negli stessi ospedali o nelle Rsa gestite direttamente dalle Asl, con tutto il personale sanitario dipendente dal settore pubblico, in modo da rendere possibile il continuo scambio di informazioni e di indicazioni terapeutiche fra i medici e gli infermieri degli ospedali di riferimento, anche al fine della corretta attuazione delle rispettive competenze nei riguardi delle esigenze terapeutiche delle diverse tipologie di malati»⁴.

Senza continuità, lievitano i costi

Il concreto utilizzo del già esistente percorso di continuità terapeutica permetterebbe inoltre l’abbattimento di costi per la sanità, oltre che un miglior servizio e una risposta ai bisogni del paziente, secondo le leggi vigenti. Ma questo percorso va incentivato e promosso prima di tutto dall’Amministrazione regionale, perché oggi non è praticato come dovrebbe. «Ad esempio – ricorda il geriatra Pietro Landra – *il fatto che l’Asl organizzi una dimissione rapida di un paziente ricoverato alle Molinette o se ne disinteressi lasciandolo lì per 4 o 5 mesi non è contabilizzato, benché il confronto in termini di costi sia notevole: un posto letto ospedaliero in media costa sui 350-400 euro al giorno – uno in casa di cura circa 160 –, un posto letto in Rsa 10 volte meno; un contributo versato dall’Asl per attivare le cure domiciliari 20 volte meno»⁵.*

Riportiamo infine, come elemento relativo al corretto ed equo uso delle risorse economiche, uno stralcio della delibera di giunta regionale 27/2012 che appare estremamente attuale e che funge da risposta alle prevedibili obiezioni di coloro che, pur essendo in presenza di prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza (quelle socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali) invocano la scarsità di risorse per giustificare la negazione delle cure previste per legge: «Una mancata continuità assistenziale e la relativa presa in carico del percorso impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute, che richiedono tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza.

*Tale carenza comporta **rilevanti costi aggiuntivi** per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:*

- *l’efficacia sub-ottimale dei trattamenti erogati,*
- *il verificarsi di ricoveri evitabili e di ricoveri ripetuti non programmati,*
- *il ricorso improprio ai servizi (ad esempio il Pronto Soccorso o prestazioni ambulatoriali),*
- *l’adozione di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento. Difficoltà di comunicazione e tempi spesso disallineati tra i servizi danno infatti origine, in alcuni casi, a percorsi tortuosi che vedono il paziente passare da un servizio all’altro e per poi ritornare a volte a quello iniziale,*
- *la non ottimalità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante».*

⁴ Ibidem

⁵ Pietro Landra, L’organizzazione delle dimissioni: la continuità delle cure e la valutazione costi/benefici, intervento al convegno del 27 giugno 2014, La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile, presso la Città della salute e della scienza – ospedale Molinette, Torino.